Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia

DILEMAS ÉTICOS NA PRÁTICA ANESTÉSICA – DISCUSSÃO DE CASOS

Alexandre Vieira Figueiredo

Salvador
2017

Dilemas éticos na prática anestésica – discussão de casos
Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia

Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia
Rua Guadalajara, 175 – Morro do Gato – Barra
CEP: 40140-461. Salvador – Bahia
Tel.: (71) 3339-2800. Fax: (71) 3245-5751
Home Page: www.cremeb.org.br
E-mail: cremeb@cremeb.org.br

Capa: EblueMakingValue®
Imagem: Alexandre Vieira Figueiredo

Tiragem:
700 exemplares

F475 Figueiredo, Alexandre Vieira
Dilemas éticos na prática anestésica – discussão de casos / Alexandre Vieira Figueiredo. - Salvador: CREMEB, 2017.

128 p.

ISBN: 978-85-61902-02-5

1. Anestesia – discussão de casos. 2. Ética em anestesiologia. I. Título.

CDU: 612.887

Agradecimento especial aos colegas de profissão, de especialidade e do CREMEB Dr. José Abelardo Garcia de Meneses e a Dra. Maria Lúcia Bomfim Arbex pelos ensinamentos.

“A ética é a mais pura expressão da consciência humana, é a exteriorização da alma, do desejo e do caráter, é a que nos torna plenos ou miseráveis.”

Douglas Ferrari

SUMÁRIO

7 INTRODUÇÃO

13 CASO 1.
Responsabilidade profissional / Médico residente / Anestesias simultâneas

19 CASO 2.
Responsabilidade profissional / Punção venosa / Complicação médica

24 CASO 3.
Avaliação pré-anestésica / Autonomia / Termo de Consentimento

30 CASO 4.
Registros médicos / Responsabilidade profissional / Complicação pós-operatória

35 CASO 5.
Autonomia / Pedido de não ressuscitação

40 CASO 6.
Autonomia / Beneficência / Analgesia de parto

45 CASO 7.
Responsabilidade profissional / Raquianestesia / Complicações neurológicas

49 CASO 8.
Cuidado ao paciente / Responsabilidade profissional / Segurança no ambiente cirúrgico

52 CASO 9.
Responsabilidade profissional / Obstetrícia / Recuperação pós-anestésica

56 CASO 10.
Falta de vaga em UTI / Emergência / Responsabilidade profissional

59 CASO 11.
Recuperação pós-anestésica / Responsabilidade profissional / Complicação pós-anestésica

64 CASO 12.
Fadiga profissional / Responsabilidade profissional / Erro na administração de drogas

70 CASO 13.
Autonomia / Beneficência / Analgesia de parto

73 CASO 14.
Responsabilidade profissional / Negação de erro médico / Segurança no ambiente cirúrgico

77 CASO 15.
Responsabilidade profissional / Complicação / Punção arterial

81 CASO 16.
Suspensão de cirurgia / Responsabilidade profissional / Registros médicos

85 CASO 17.
Testemunha de Jeová / Autonomia / Beneficência

92 CASO 18.
Autonomia / Beneficência / Honorários médicos

96 CASO 19.
Avaliação pré-anestésica / Exames pré-operatórios / Responsabilidade profissional

101 CASO 20.
Abandono de Plantão / Ausência de substituto / Responsabilidade profissional

107 CASO 21.
Responsabilidade profissional / Anestesia ambulatorial / Complicação médica

112 CASO 22.
Responsabilidade profissional / Anestesia ambulatorial / Alta médica

115 CASO 23.
Anestesias simultâneas / Emergência / Responsabilidade profissional

119 CASO 24.
Obstetrícia / Reanimação neonatal / Responsabilidade profissional

123 CASO 25.
Anestesia para Ressonância / Responsabilidade profissional / Ausência de Radiologista

128 NOTA

INTRODUÇÃO

O exercício profissional envolve a participação do anestesiologista em procedimentos que muitas vezes estão relacionados a um profundo impacto na vida das pessoas, são cirurgias de diversos tipos, em diferentes situações, previstas ou não; desde cirurgias mutiladoras a procedimentos em pacientes saudáveis em parturição ou submetidos a exames. Com certa frequência, decisões ligadas à assistência, por parte da equipe médica e também pelos pacientes e familiares, precisam ser tomadas sob a influência de questões não só técnicas, mas também morais, administrativas, econômicas, políticas, sociais e religiosas. Essas escolhas ainda podem ser influenciadas pelo fator tempo, o que muitas vezes é um fator complicador.

Ao longo dos últimos anos, as questões éticas têm ganhado maior importância e provocado maiores discussões. O conhecimento da bioética, que é a ética da vida, promove maior subsídios para que médicos possam refletir e saber como se comportar frente a situações da vida profissional em que surgem conflitos éticos de qualquer natureza. O estudo da bioética contribui para que os profissionais estabeleçam uma ponte entre o conhecimento científico, tão buscado pelos médicos, e o conhecimento humanístico, infelizmente nem tanto promovido na comunidade médica. Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável. Nem tudo que é feito em prol de um paciente pode ser interpretado como benéfico ou ético se não existir adequada comunicação entre médicos e pacientes e seus familiares,

e/ou se não existir consentimento para sua realização. Entender os fundamentos da bioética, sem dúvida, orienta os médicos no contínuo processo de tomada de decisão.

A publicação de *Principles of Biomedical Ethics* por Tom Beauchamp e James Childress há mais de 30 anos atrás foi certamente o evento que impulsionou as discussões éticas na medicina. A partir daí foram estabelecidos os princípios éticos fundamentais (o principalismo): beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Esses princípios elencados proporcionam amplas discussões, contudo, de maneira objetiva, entende-se por beneficência fazer o bem, utilizar o conhecimento médico e os meios disponíveis no sentido de beneficiar o paciente. Utilizando-se do mesmo entendimento, a não-maleficência significa evitar fazer o mal, independente de qualquer situação, e, para isso, evitar a qualquer custo deixar de aplicar o conhecimento médico e os meios disponíveis na assistência ao paciente. A autonomia (auto = próprio; nomos = regra) é o quanto uma pessoa ou paciente pode gerenciar sua vontade própria, livre da influência de outras pessoas ou circunstâncias. O princípio da autonomia requer liberdade para fazer escolhas e conhecimento sobre o que está sendo decidido. A justiça significa igualdade de tratamento e de direitos, é dar a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades, independentes de questões sociais, econômicas, políticas, religiosas (...). Esses princípios são amplamente aceitos e representam o centro das discussões sobre ética médica no mundo. Em algumas situações práticas, entretanto, podem ocorrer conflitos entre esses princípios éticos e, durante um processo de tomada de decisão, um terá que prevalecer sobre os outros. Por exemplo, um paciente que recusa, por questões religiosas, um tratamento proposto pela equipe médica, o que se deve priorizar na escolha da conduta: a autonomia, a beneficência, a não-maleficência ou a justiça? Isso dependerá

de inúmeros fatores relacionados, como a validade da autonomia (pacientes menores de idade, portadores de doenças psiquiátricas ou demência senil tem autonomia limitada), como a necessidade de realização do tratamento, como a urgência do caso, como o grau de benefício proporcionado, como as alternativas existentes, possíveis e disponíveis, preservando-se os outros princípios éticos... Questões inerentes a cada sociedade podem determinar a valorização de um princípio em relação aos outros, por exemplo, a autonomia é o que ganha maior importância nos Estados Unidos, enquanto na sociedade francesa a beneficência ocupa esse posto. No Brasil, entende-se, em tese, também que a beneficência ainda seja priorizada dentro de uma situação de conflito ético. Diferentes sociedades apresentam concepções distintas de valores, entretanto, o respeito a autonomia vem ganhando cada vez mais espaço dentro de um ordenamento ético, a sociedade contemporânea vive um período de transição de paradigma, visando priorizar pela autonomia do paciente.

Dentro da anestesiologia e da realidade profissional atual, muitos outros fatores influenciam as questões éticas: o efeito despersonalizante da especialização; a forma de trabalho em regime de plantões; a relativa diminuição da aplicação de conceitos clínicos (propedêutica médica) aos pacientes por conta do aumento tecnológico; o aumento excessivo do legalismo; a relação médico-paciente pouco desenvolvida; questões econômicas diante de procedimentos cada vez mais custosos; diferente disponibilização de recursos por diferentes seguros saúde ou pelo sistema único de saúde; o hábito de realizar poucos registros em prontuário médico; dificuldade de comunicação com pacientes e familiares; diferentes condições de trabalho, muitas vezes com escassez de materiais, equipamentos, aparelhos e drogas; precarização de vínculos empregatícios; excessivas cargas horárias de trabalho...

De forma geral, o anestesiologista é um médico extremamente técnico, entretanto, a maior parte das demandas contra esses profissionais são de ordem ética, não técnica. O médico não pode durante sua atuação profissional, e principalmente quando diante de uma complicação ou resultado indesejado, afastar-se dos princípios bioéticos elencados.

A atuação profissional respeitando-se os valores éticos da medicina, ao mesmo tempo em que promove uma maior satisfação ao paciente, funciona, dentro do esperado, como prevenção contra possíveis questionamentos e denúncias. São preconizadas e recomendadas medidas básicas, que devem ser aplicadas pelos médicos de forma rotineira: **bem assistir** o seu paciente com todos os recursos diagnósticos e terapêuticos cientificamente comprovados e disponíveis na unidade hospitalar e no tempo adequado; **registrar** em prontuário médico todas as informações que julgar pertinentes – é importante o entendimento de que a caneta é um instrumento de trabalho para o anestesiologista tão importante quanto o laringoscópio; **informar** (o que exige comunicação) ao paciente e seus familiares sobre todo o processo diagnóstico e terapêutico, esclarecendo dúvidas e compartilhando decisões quando possível; e **acompanhar** o paciente até o final do internamento hospitalar, mesmo quando for transferido para uma outra unidade dentro do mesmo hospital ou para outro hospital. Existem inúmeros pareceres e resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e dos Conselhos Regionais que tratam de temas ligados a anestesiologia que devem ser do conhecimento dos profissionais, vários estão citados nesta publicação e podem ser acessados na íntegra através do site do CFM (portal.cfm.org.br). Algumas informações e a aplicação (em situações diferentes) de artigos do Código de Ética Médica atual, nosso maior guia, podem parecer

repetidas ao longo das discussões, mas fazem-se necessárias devido a importância do conhecimento agregado.

O objetivo dessa publicação é proporcionar de forma prática, fácil e objetiva informações sobre questões bioéticas ligadas ao exercício da anestesiologia, de forma que as mesmas possam servir de base para maiores discussões. A ética é soberana, transcende o direito, uma situação pode ser legal, mas não ética; transcende a ciência, uma técnica pode ser cientificamente benéfica, mas não ética. Conhecer o ordenamento ético básico da sua profissão, permite ao médico, dentre outros benefícios, proteger-se não apenas de possíveis infrações éticas, mas também administrativas, cíveis ou penais, instâncias às quais os médicos devem obediência quando exercem suas atividades profissionais. As discussões aqui desenvolvidas apenas são relativas às questões próprias da ética médica e muitos dos casos selecionados retratam situações reais.

Fica, de antemão, uma sugestão para que os serviços criem, dentro do possível, protocolos de conduta ética, tal qual existem protocolos de assistência médica a situações específicas, levando em consideração os meios disponíveis em cada instituição; tendo como objetivo a uniformização de condutas profissionais, promovendo maior segurança ético-legal ao profissional; e o desenvolvimento da comunicação (a disponibilização de mais informações), promovendo uma melhor relação com os pacientes. Assim, acaba por contribuir para uma maior qualidade no atendimento prestado. Ética e técnica não podem estar separadas, devem sim coexistirem lado a lado, compartilhando o mesmo direcionamento em busca do objetivo maior do ato médico – o amplo bem-estar dos pacientes.

Referência

1. BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. *Principles of biomedical ethics*. 4th. ed. New York: Oxford University Press, 2001.
2. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. *Clinical ethics in anesthesiology*: a case-based textbook. New York: Cambridge University Press, 2011.
3. JUNQUEIRA, C.R. Bioética: conceito fundamentação e princípios. In: *Especialização em Saúde da Família: modalidade a distância. Módulo bioética*. São Paulo: UNIFESP/UNA-SUS, 2011.
4. SANTOS, M.F. dos, FRANÇA, G. V. de. Bioética e anestesia: um estudo reflexivo de publicações da Revista Brasileira de Anestesiologia. *Rev. Bras. Anest.* [online], 2011, v.61, n.1, p.124-127.
5. WANSSA, M.C. Autonomia versus beneficência. *Rev. Bioet*., 2011, v.19, n.1, p.105-17. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/611/627>

CASO 1.

Responsabilidade profissional
Médico residente
Anestesias simultâneas

Um paciente está sendo submetido a uma cirurgia de tireoidectomia total sob anestesia geral balanceada sem uso de bloqueador neuromuscular, em razão de monitorização nervosa intra-operatória. O período intra-operatório evolui sem intercorrências, então, o anestesiologista é chamado e atende ao pedido para fazer uma sedação na sala ao lado àquela em que estava. Certifica-se de que está tudo bem com o paciente e solicita ao residente de anestesiologia, presente na sala, que o chamasse caso necessário. Então retira-se da sala deixando o residente em seu lugar. Após iniciar a segunda anestesia, é chamado para voltar com urgência à sala em que ocorria a tireoidectomia, porque o paciente acordou e está quase sentando-se na mesa cirúrgica. Assim o faz e observa que o vaporizador estava vazio e o residente não havia identificado. Então, induz a hipnose com agentes venosos e restitui o anestésico inalatório no vaporizador. O procedimento finaliza sem outras intercorrências. No despertar, o paciente alega que se lembra que acordou e que foi uma sensação extremamente desagradável, que houve falta de cuidado por parte do anestesiologista. O mesmo afirma que precisou iniciar um outro procedimento e que a situação ocorreu por culpa do residente que, por desatenção, não identificou o problema.

DISCUSSÃO

A Resolução do CFM 1802/06 que dispõe sobre a prática do ato anestésico resolve em seu art. 1º, inciso IV que: "é ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestesias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional". Portanto, em nenhuma situação o anestesiologista deve realizar anestesias simultâneas. Os anestesiologistas devem ter em mente que a sua principal função assistencial é a de vigiar os pacientes sob seus cuidados, e isso requer toda atenção, durante todo o tempo em que durar a anestesia. O paciente anestesiado é um ser humano incapaz de defender-se de qualquer situação e, em alguns momentos, depende do anestesiologista até mesmo para realizar funções básicas à sua sobrevivência, como a respiração, a manutenção da pressão arterial (...). Assim sendo, não deve ser abandonado sob nenhum pretexto.

O Parecer do CFM nº 23/2015 determina que o médico não pode anestesiar simultaneamente mais de um paciente. A presença de médicos residentes em anestesiologia não muda esta determinação. A lei nº 6932/81 que normatiza a residência médica no Brasil, estabelece no art. 1º: "A residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional".

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) considera que o preceptor deve sempre se fazer presente para orientar e supervisionar, evitando eventuais erros que possam ser cometidos pelos residentes. Neste sentido, a atuação do médico residente (sem a supervisão direta), independente, de ser R1, R2 ou R3, é aprioristicamente irregular, pois, em que pese o residente ter direito ao pleno exercício da profissão de médico, o mesmo

encontra-se submetido ao regime da residência médica, assumindo ser imperito na especialidade que está aprimorando, devendo necessariamente ser supervisionado. Saliente-se que, em estando ausente o preceptor, e ocorrendo erro médico do residente, responderá o médico preceptor pelos danos causados, na medida de sua culpa *in vigilando*, tendo em vista que o objetivo dos programas de residência médica é dar aperfeiçoamento médico sob treinamento dirigido, não sendo admissível que as cirurgias sejam realizadas sem a presença do preceptor na sala cirúrgica em tempo integral.

Outros Pareceres consultas do CFM (Parecer nº 43/03) e de Conselhos Regionais diferentes (Parecer CRM/MS nº 09/13; Parecer CRM/BA nº 13/14 e o Parecer CRM/PR nº 2148/10) versam sobre a questão e condenam a prática de realização de anestesias simultâneas por um único anestesiologista, independente da técnica utilizada e da especialidade cirúrgica envolvida, mesmo em situação de urgência. O Parecer do CRM/BA de nº 13/14 considera que "os serviços que atendem emergências cirúrgicas devem contar com pelo menos um anestesiologista em prontidão para dar assistência apenas aos pacientes que necessitem de atendimento emergencial".

Analisando os fatos sob a ótica do Código de Ética Médica (CEM) faz-se necessário observar que a realização de anestesias simultâneas pelo mesmo anestesiologista corresponde a uma possível infração aos Art. 1º e 18, quando resolvem que é vedado ao médico: no art. 1º "causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência"; e no art. 18 "desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los". No caso em tela, possivelmente o anestesiologista infringiu esses artigos citados, este último combinado com a resolução do CFM 1802/06 e o parecer CFM 23/2015. Soma-se

também, no caso em tela, uma possível infração ao art. 6º "atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser comprovado". Se, hipoteticamente, ao invés do médico residente, o anestesiologista tivesse deixado a vigilância do paciente anestesiado sob a responsabilidade de um técnico de enfermagem, enfermeiro ou outro profissional, estaria passível de responder também por uma infração ao art. 2º do CEM atual que veda ao médico "delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica".

O anestesiologista, quando necessitar, deve deixar os pacientes sob os seus cuidados apenas sob a responsabilidade de outro anestesiologista, único profissional capacitado para garantir a segurança durante um ato anestésico.

Na visão bioética, o anestesiologista desrespeitou os princípios de beneficência e da não-maleficência, quando deixou de praticar o ato de vigiar o paciente sob seus cuidados, iniciando outro procedimento em outra sala cirúrgica, e, ao retornar para resolver a intercorrência, possivelmente deixou o outro paciente também sem vigilância, dessa forma expôs dois pacientes a riscos potencialmente evitáveis. O anestesiologista não deve em nenhuma circunstância, descuidar da atenção ao paciente sob anestesia, nem mesmo naqueles procedimentos considerados menos complexos e realizados em pacientes jovens e saudáveis. Estudos demonstram a ocorrência de bradicardia severa, seguida por Parada Cardiorrespiratória (em assistolia) em pacientes jovens e saudáveis submetidos à raquianestesia. Ocorrência essa atribuída ao bloqueio simpático, mais extenso que o sensitivo, decorrente da ação do anestésico local administrado no neuro-eixo, levando a redução do retorno venoso, gerando ativação de reflexos (como por exemplo o de Bezold-Jarisch) mediados por barorreceptores e mecanorrecetores do sistema cardiovascular.

Esse tipo de ocorrência é comprovadamente maior em pacientes jovens, com classificação de risco ASA I e com frequência cardíaca basal menor que 60 batimentos/minuto.

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
2. _____. *Parecer CFM nº 43/2003*. O anestesista não deve realizar analgesias obstétricas simultâneas pelo risco a que pode expor as pacientes de que cuida. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2003>
3. _____. *Parecer CFM nº 23/2015*. O médico anestesiologista não pode realizar anestesias simultâneas em pacientes distintos, independentemente de ser preceptor ou não de médicos residentes, pois isto infringe o disposto na Resolução CFM nº 1.802/06. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2015/23>
4. _____. *Resolução CFM nº 1.802/2006*. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1802>
5. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA. *Parecer CREMEB nº 13/2014*. Os serviços que atendem emergências cirúrgicas devem contar com, pelo menos um anestesiologista em prontidão, para dar assistência apenas aos pacientes que necessitam de atendimento emergencial. Disponível em: <http://www.cremeb.org.br/index.php/normas/parecer-cremeb-132014/>

6. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL. *Parecer CRM/MS nº 09/2013*. Não é eticamente aceitável um único anestesista ser responsabilizado por cirurgias eletivas e urgências no mesmo horário. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MS/2013/9>
7. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. *Parecer CRM-PR nº 2.148/2010*. É expressamente vedada a execução concomitante de mais de um único procedimento anestésico, de qualquer natureza, pelo mesmo médico. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2010/2148>
8. Sociedade Brasileira de Anestesiologia (www.sba.com.br/comunicacao/faq.asp).
9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA. *Suporte avançado à vida em anestesia.* Rio de Janeiro: SBA, 2011.

CASO 2.

Responsabilidade profissional
Punção venosa
Complicação médica

O anestesiologista prepara a indução anestésica de um paciente que tem programação de microcirurgia para ressecção de tumor intracraniano. É um paciente de meia idade, portador de hipertensão arterial sistêmica, que havia sido internado com queixa de cefaleia, sendo feito o diagnóstico do tumor durante aquele internamento. O anestesiologista procede a indução da anestesia geral, realiza punção da artéria radial para fazer a monitorização contínua da pressão arterial invasiva, que acontece sem intercorrências; e procede diversas tentativas de punção venosa para instalação de cateter venoso central de duplo lúmen, para isso realiza tentativas em veias subclávias. Enfim, obtêm êxito na punção subclávia. Passado algum tempo, após a indução anestésica, o paciente evolui com hipotensão arterial, inicialmente tratada com doses intermitentes de vasopressor e volume intravenoso, porém persistindo com redução dos níveis de pressão arterial. O procedimento cirúrgico foi iniciado, entretanto, ocorre piora importante na hemodinâmica do paciente, mesmo com a terapêutica adotada. É feita suspeita diagnóstica de reação anafilática, sendo o paciente tratado de acordo com essa suspeita e sem obter melhora. Evolui com piora progressiva até apresentar uma parada cardiorrespiratória ainda no início da cirurgia. Foram

realizadas manobras de reanimação e foram administradas drogas para ressuscitação por mais de 30 minutos, porém sem êxito e o paciente evolui para o óbito. Em momento posterior, o exame cadavérico indica como causa da morte hemotórax maciço e lesões na artéria subclávia.

DISCUSSÃO

Todos os médicos estão sujeitos a complicações e a erros nos procedimentos que realiza, o que vai diferenciar uma complicação de um erro médico é a forma como ocorre o evento adverso, o tratamento e a condução do mesmo. Os médicos devem ter o conhecimento que, em obediência do Código de Ética Médica, devem utilizar todos os meios de diagnóstico e tratamento cientificamente reconhecidos e disponíveis em favor dos pacientes. De fato, o que há de mais importante na medicina é o diagnóstico. Antes de tratar patologias, o médico inicialmente precisa fazer o correto diagnóstico dos seus pacientes. Para os anestesiologistas não é diferente, é preciso diagnosticar antes de tratar as possíveis complicações apresentadas durante os procedimentos anestésicos.

No caso em questão alguns aspectos merecem comentários. Inicialmente, o anestesiologista deve pesar a relação de risco/benefício dos procedimentos que indica antes e durante o ato anestésico, mensurar a devida proporcionalidade, se aquele procedimento é indispensável à segurança do paciente e se compensa executá-lo a despeito dos riscos inerentes. Estabelecida a necessidade do procedimento, deve-se verificar se os meios e os materiais adequados estão disponíveis. Utilizar um material inadequado também pode gerar riscos (não justificáveis numa condição eletiva) aos pacientes. Diversos fatores podem dificultar tecnicamente a realização dos procedimentos, cabe ao

profissional tentar identificá-los, tentar minimizá-los e chamar por ajuda, seja de outro anestesiologista, seja de algum outro especialista médico na tentativa de solucioná-los. Se uma punção de acesso venoso central se mostra extremamente difícil, considera-se mais prudente solicitar por ajuda, até mesmo de um cirurgião vascular, do que o mesmo anestesiologista realizar inúmeras tentativas infrutíferas, o que aumenta a chance de ocorrência de complicações. Ou mesmo optar por abortar o procedimento ao invés de submeter o paciente a riscos adicionais. Uma vez realizado o procedimento, o médico precisa conhecer, e estar atento para reconhecer a ocorrência de uma possível complicação relacionada ao mesmo. No caso em tela, vê-se que após uma difícil passagem do acesso venoso central, o paciente evoluiu com hipotensão persistente, com piora progressiva do seu estado hemodinâmico e o anestesiologista fez apenas a suspeita diagnóstica de choque anafilático e deteve-se a ela mesmo com o paciente não apresentando melhora às medidas empregadas. Não suspeitou de uma complicação relacionada à punção venosa central e em decorrência disso não utilizou os meios necessários para o diagnóstico e o tratamento adequado da complicação apresentada – hemotórax e pneumotórax hipertensivo. Com a terapêutica adotada, vasopressores e ressuscitação volêmica, o paciente evoluiu de maneira desfavorável e nenhuma outra conduta foi tomada. Observa-se que essa situação pode ser interpretada também como uma possível infração ao art. 32 do atual código de Ética Médica (CEM) diz que é vedado ao médico "deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente". Com relação a possível infração ao art. 1º do CEM atual – é vedado ao médico "causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência", fazem-se necessárias algumas observações. Em muitas situações,

a imperícia está relacionada a tentativa de realização de um determinado procedimento médico por um profissional não especialista na área em que habitualmente os executantes daquele procedimento estão credenciados. Entretanto, na anestesiologia, por tratar-se de uma especialidade com uma multiplicidade de atuação, dentro das especialidades cirúrgicas em particular, e que sofre constantes mudanças ao longo do tempo, alguns especialistas podem não ter perícia em realizar determinados procedimentos, principalmente aqueles que não são exclusivos da área de anestesiologia, como no caso em questão. Um anestesiologista pode não ter habitualidade em realizar uma punção de acesso venoso central, assim como em realizar determinados tipos de bloqueios, ou mesmo, em interpretar dados de monitorização às quais não está habituado com a técnica. O médico não pode e não deve colocar-se sob a proteção do "manto da especialidade" para julgar-se preparado para realizar procedimentos aos quais não tem familiaridade, apenas por portar um título de especialista. Não é imperito quem não sabe, mas aquele que não sabe aquilo que um médico, ordinariamente, deveria saber. Dependendo da situação, há margem para a interpretação que um médico pode agir com imperícia mesmo atuando na área em que é especialista. A imprudência é observada quando o médico executa um ato potencialmente danoso ao paciente ignorando os riscos, deixando de minimizá-los sempre que possível, ou deixando de utilizar técnicas reconhecidamente mais seguras sem uma justificativa para tal. No caso em tela, o anestesiologista realizou a punção venosa em veia subclávia mesmo sabendo que os riscos de complicações dessa técnica são potencialmente maiores, em geral, do que os riscos das punções em veias jugulares. E aparentemente não tinha justificativa para tal escolha. Também a imprudência pode ser observada no fato do anestesiologista ter permitido o

início do procedimento cirúrgico com o paciente apresentando instabilidade hemodinâmica. A negligência médica acontece quando o médico age de forma omissa, com desídia, com falta de cuidado e atenção. Muitas vezes fica difícil estabelecer os limites entre imprudência e negligência, no caso em tela, o anestesiologista pode ter agido com negligência quando não se preocupou em estabelecer um diagnóstico correto da complicação apresentada pelo paciente, limitou-se apenas a achar que o mesmo apresentava um choque anafilático, e, assim, não foi diligente também no tratamento, não permitindo chance de recuperação ao paciente. Se não foi capaz de suspeitar da real complicação apresentada, deveria não se dar por satisfeito e solicitar ajuda para tentar esclarecer o que de fato acontecia. Ou mesmo utilizar de qualquer outro recurso disponível para ajudar no esclarecimento diagnóstico. Minimizou o risco da complicação instalada, o que culminou com o agravamento do quadro e o trágico desfecho.

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
2. ÉTICA em ginecologia e obstetrícia. 4.ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2011. (Cadernos CREMESP)
3. KIPPER, D.J., CLOTET, J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM, 1998. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIprincipios.htm>

CASO 3.

Avaliação pré-anestésica
Autonomia
Termo de Consentimento

Paciente é admitida para realização de histerectomia abdominal eletiva. Realiza corretamente a consulta pré-anestésica na qual informa que não deseja ser submetida a anestesia regional, alegando medo. Sua filha a acompanha e testemunha tal alegação. No dia do procedimento, é administrada a medicação pré-anestésica prescrita na consulta. No centro cirúrgico, um outro anestesiologista diferente daquele que a atendeu, porém do mesmo serviço, conversa com a paciente e a convence de que, para aquele procedimento, a melhor anestesia seria a raquianestesia, obtendo seu consentimento verbal. A anestesia e a cirurgia acontecem sem intercorrências, entretanto, no pós-operatório, a paciente alega dor lombar intensa e atribui a mesma ao tipo de anestesia a que foi submetida. Inclusive teve sua alta hospitalar retardada por conta dessa queixa. Confirma que não desejava ser submetida a raquianestesia e que mesmo assim o médico realizou, e que estava sob efeito de medicações quando autorizou a técnica. O anestesiologista alega que a paciente já apresentava lombalgia antes, que concordou com aquela técnica utilizada, que não havia nenhum registro de que recusava anestesia regional, e que tinha termo de consentimento informado assinado.

DISCUSSÃO

A Resolução do CFM 1802/06 determina que antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anestesiologista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível. Determina ainda que:

a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar;

b) Na avaliação pré-anestésica, baseado na condição clínica do paciente, o procedimento proposto, o médico anestesiologista solicitará ou não exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas;

c) O médico anestesiologista que realizar a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

A ficha de avaliação pré-anestésica deve conter todas as informações técnicas necessárias (o anexo I da citada resolução determina os itens obrigatórios) para a condução de uma anestesia com o máximo de segurança possível. Sendo muito importante, nesse caso o registro das condições prévias do paciente (por exemplo, se o mesmo apresenta queixas de lombalgia antes de ser submetido a uma anestesia no neuro-eixo), das solicitações por parte dos pacientes (por exemplo, de que não deseja determinado tipo de anestesia) e das orientações feitas antes da cirurgia. Os registros tornam-se ainda mais importantes quando o profissional que realiza a consulta não é o mesmo que administra a anestesia. No caso em tela, houve a falta de registro na ficha de avaliação pré-anestésica.

Um dos princípios da bioética é o respeito à autonomia do paciente, além disso, recusa do paciente ao bloqueio de neuro-eixo constitui uma contra-indicação absoluta à realização dessa

técnica. Em nenhuma situação deve-se realizar uma técnica de anestesia regional sem o consentimento do paciente, inclusive após o uso de medicações pré-anestésicas ou sedativos administrados na sala de cirurgia.

Autonomia é a capacidade de uma pessoa para decidir fazer ou buscar aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma. Para que ela possa exercer esta autodeterminação são necessárias condições fundamentais:
a) capacidade para agir intencionalmente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação para decidir coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas;
b) liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para esta tomada de posição;
c) ter amplo acesso a informações referentes a todo o processo de assistência.
Já o respeito à Autonomia significa ter consciência deste direito da pessoa de possuir um projeto de vida próprio, de ter seus pontos de vista e opiniões, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus valores e convicções. Respeitar a autonomia é, em última análise, preservar os direitos fundamentais do homem, aceitando o pluralismo ético-social que existe na atualidade.

No âmbito dos princípios bioéticos, o médico anestesiologista deve entender que o paciente precisa ser tratado como um sujeito autônomo e livre, que seja capaz de tomar decisões, portanto não se pode mais conceber nos dias atuais uma postura paternalista (o médico é quem toma as decisões unilateralmente, minimizando as vontades do paciente) ou autoritária em relação aos cuidados com seus pacientes.

Na prática assistencial, é no respeito ao princípio de autonomia que se baseia a aliança terapêutica entre o profissional de saúde e seu paciente e o consentimento para a realização de diagnósticos, procedimentos e tratamentos. Este princípio obriga

o profissional de saúde a dar ao paciente a mais completa informação possível, com o intuito de promover uma compreensão adequada do problema, condição essencial para que o paciente possa tomar uma decisão. Esta é, de maneira muito resumida, a essência do consentimento informado, resultado desta interação profissional/paciente.

O consentimento informado é uma decisão voluntária, verbal ou escrita, protagonizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo (em uma linguagem acessível), para a aceitação de um tratamento específico ou experimentação, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências. Não deve ser entendido, portanto, como um documento firmado por ambas as partes – o qual contempla muito mais o aspecto legalista do problema – mas sim como um processo de relacionamento onde o papel do profissional de saúde é o de indicar as opções, seus benefícios, seus riscos e custos, discuti-las com o paciente e ajudá-lo a escolher aquela que lhe é mais benéfica.

Existem algumas circunstâncias especiais que limitam a obtenção do consentimento informado:
a) a incapacidade - tanto a das crianças e adolescentes como aquela causada, em adultos, por diminuição do sensório ou da consciência, e nas patologias neurológicas e psiquiátricas severas;
b) as situações de urgência, quando se necessita agir e não se pode obtê-lo;
c) a obrigação legal de declaração das doenças de notificação compulsória;
d) um risco grave para a saúde de outras pessoas, cuja identidade é conhecida, obriga o médico a informá-las mesmo que o paciente não autorize;
e) quando o paciente recusa-se a ser informado e participar das decisões.

O Parecer do CRM/SP nº 40117 expõe o entendimento que o consentimento informado é um documento que representa um "contrato" que é estabelecido entre duas partes, no caso o médico e seu paciente, devendo as regras, normas e as devidas autorizações serem estipuladas entre ambas, não havendo, portanto, um documento perfeito como modelo de proposição. Também que o referido documento não é uma garantia plena, visto que o judiciário, muitas vezes aceita com reservas este tipo de contrato.

O CEM determina em seu Capítulo I (princípios fundamentais) que "no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressas, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas". Ainda em relação ao CEM, o Art. 22 determina que é vedado ao médico "deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte". O Art. 31 determina que é vedado ao médico: "desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte".

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
2. _____. *Resolução CFM nº 1.802/2006*. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1802>

3. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Parecer CREMESP nº 40.117/2000.* Quanto a necessidade ou não de algum complemento no modelo de "Termo de Consentimento Informado para Procedimento Anestésico". Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2000/40117>
4. LOCH, J.A. Princípios da bioética. In: KIPPER, D.J. (Editor). *Uma introdução à bioética*. São Paulo: Nestlé, 2002.
5. WANSSA, M.C. Autonomia versus beneficência. *Rev. Bioet*., 2011, v.19, n.1, p.105-17. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/611/627>

CASO 4.

Registros médicos
Responsabilidade profissional
Complicação pós-operatória

Um paciente está sendo submetido a uma cirurgia de prostatectomia radical sob anestesia geral combinada com peridural, o mesmo é portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. O procedimento ocorre sem anormalidades, com sangramento intra-operatório considerado satisfatório e finaliza sem aparentes intercorrências. O paciente é extubado e encaminhado para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) bastante sonolento. Evolui com hipotensão arterial. É tratado com volume e vasopressores, responde com melhora, obtendo, algum tempo depois, alta para o quarto com níveis tensionais no limite inferior da normalidade. No período pós-operatório imediato (POI) o paciente cursa com um quadro de infarto agudo do miocárdio. Posteriormente, os familiares alegam possível erro médico no atendimento prestado. Durante a apuração dos fatos observa-se na ficha de consulta pré-anestésica que o paciente não tinha histórico de doença arterial coronariana. Na ficha de anestesia, observa-se anotações dos níveis de pressão arterial a cada 10 minutos, indicando valores normais sem nenhuma variação durante todo o procedimento. Não há registro de nenhuma intercorrência. Entretanto, há o registro do uso de 02 ampolas de vasopressor durante a cirurgia. Não há o registro das condições

em que o paciente se encontrava no momento em que foi encaminhado para a SRPA. Observando as anotações de enfermagem, verifica-se que o paciente apresentou hipotensão arterial durante todo o procedimento cirúrgico, divergindo das anotações do anestesiologista. Também não há anotações por parte do anestesiologista sobre as condições do paciente no momento da alta da SRPA. Nas anotações de enfermagem constam também que o paciente continuou apresentando hipotensão durante o período em que permaneceu na SRPA.

DISCUSSÃO

Ao analisar os casos de denúncia contra médicos perante o Conselho Regional de Medicina, pode-se constatar facilmente que na grande maioria dos prontuários referentes existe registro inadequado de informações por parte dos médicos sobre a assistência aos doentes. Em geral são incompletos, possuem caligrafias ilegíveis ou até mesmo não existem. As anotações no prontuário médico devem contemplar tudo o que for relevante relacionado à assistência - registro do procedimento proposto e realizado; dos dados vitais, em intervalos regulares de 5 ou 10 minutos, na admissão, no decorrer, no final do procedimento; das medicações utilizadas; das técnicas empregadas; da monitorização utilizada e os respectivos valores ao longo do tempo; da técnica anestésica utilizada e sua descrição; dos instrumentos e aparelhos utilizados; do posicionamento e medidas de proteção utilizadas no paciente; de eventuais exames realizados; de intercorrências ocorridas e das medidas tomadas para a resolução das mesmas; das condições do paciente quando no término do procedimento; de qualquer outra informação que o anestesiologista julgar ser importante. Aqui faz-se necessário frisar que quanto mais completos forem os registros, mais

informações estarão disponibilizadas, o que em geral pesa a favor do profissional quando numa eventual demanda ético-legal, uma vez que se considera que o que não está registrado não foi feito, não foi utilizado ou não foi visto. Ainda mais conhecendo-se o fato de que os registros de enfermagem e de outros profissionais podem ser confrontados com os dos médicos numa eventual investigação. É necessária a repetição da comparação entre a equivalente importância do laringoscópio e da caneta. A não realização de registros por si só representa uma infração ao Código de Ética Médica, que no seu Art. 87 determina que é vedado ao médico: "deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente". A resolução do CFM 1802/06 descreve (em seu anexo I) a documentação obrigatória na anestesia e os itens que devem estar presentes nas fichas. Campbell certa vez afirmou: "Convém ter registros completos, com dados verídicos, a respeito de todos os aspectos da anestesia. Protocolo inadequado poderia ser a primeira prova de negligência ou descuido na prática da anestesiologia".

O preenchimento do prontuário médico é obrigação e responsabilidade intransferíveis do médico. O prontuário médico corretamente preenchido é, e efetivamente tem sido, a principal peça de defesa do médico nos casos de denúncias na presunção da existência de erro médico. Por outro lado, quando não faz registros, o médico deixa de se utilizar de um instrumento acessível, inteiramente livre e a sua disposição. O prontuário médico é o primeiro documento que os Conselhos Regionais de Medicina (também a polícia, o Ministério Público e a justiça) solicitam aos hospitais para apreciação dos fatos envolvendo uma denúncia contra um médico. A Resolução do CFM nº 1639/02 resolve (art. 4º) estabelecer o prazo de 20 anos, a partir do último registro, para preservação dos prontuários médicos em suporte de papel; também estabelecer (art. 2º) a guarda permanente para

os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

No caso em tela, se não há registros médicos, irão prevalecer como informação verdadeira os registros de anotações de enfermagem, ou seja, que o paciente continuou apresentando hipotensão na SRPA e nenhuma conduta foi tomada pelo anestesiologista para diagnosticar a causa e nenhum tratamento foi proposto. Esse fato somado aos registros de enfermagem de que o paciente apresentou hipotensão também durante a cirurgia apresentam uma relação com a complicação pós-operatória apresentada. Dessa forma, pode ser caracterizada uma infração ao art. 1º, nas vertentes negligência e imprudência e ao art. 32 do Código de Ética Médica. Convém citar o art. 88 do CEM atual que determina que é vedado ao médico "negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros".

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
2. _____. *Resolução CFM nº 1.639/2002*. Aprova as "Normas técnicas para o uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1639>

3. _____. *Resolução CFM nº 1.802/2006*. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1802>

4. *MANUAL de orientação ao anestesiologista.* 3.ed. São Paulo: CREMESP/Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo, 2004.

5. *MANUAL de orientação ética e disciplinar*. Grisard, Nelson (coord.). 2.ed. Florianópolis: CREMESC, 2000.

CASO 5.

Autonomia

Pedido de não ressuscitação

Paciente 67anos, grande tabagista, com DPOC grave, dependente em repouso de oxigênio suplementar, necessita realizar uma broncoscopia com biopsia para investigar uma formação expansiva em pulmão direito. A paciente consentiu anestesia geral sob máscara, mas recusa incondicionalmente a intubação traqueal, independente de poder salvar sua vida numa eventual necessidade de reanimação. Ela solicita a não reanimação numa eventual parada cardio-respiratória, redige um pedido escrito de não ressuscitação e documenta em prontuário.

DISCUSSÃO

A reanimação cardio-respiratória (RCR) foi introduzida na prática clínica nos EUA, em 1960, quando era aplicada naqueles pacientes "ainda bons para morrer". Nesse ano, Kouwenhoven e colaboradores descreveram pela primeira vez a técnica de massagem cardíaca externa em pacientes que apresentaram PCR após indução anestésica. Em 2010 comemorou-se 50 anos da RCP moderna, apontando para o direcionamento atual – "qualquer um, em qualquer lugar, pode agora iniciar procedimentos de reanimação cardíaca, tudo o que é necessário são duas mãos". Nos dias atuais, é aplicada a RCR indiscriminadamente na quase totalidade dos

pacientes que apresentam PCR, principalmente no ambiente hospitalar. A RCR é um procedimento iniciado sem prescrição médica. Ao longo do tempo, com o avanço das pesquisas, a técnica foi sendo modificada e também foram sendo introduzidas drogas e aparelho de desfibrilação. O algoritmo da RCR vem sendo modificado ao longo dos últimos anos. Essas modificações promoveram uma elevação na taxa de sucesso do procedimento de RCR, o que também motivou uma discussão sobre a aplicação indiscriminada da mesma aos pacientes hospitalizados, levando inclusive a criação do termo distanásia, que é o prolongamento do processo da morte através de tratamentos extraordinários que visam apenas prolongar a vida biológica do doente. Também surgiu a ideia do termo de "Pedido de não-ressuscitação" amparado no princípio bioético de respeito à autonomia dos pacientes, na literatura de língua inglesa conhecido como DNR ("Do Not Ressuscitation"). Segundo alguns estudos realizados nas UTI americanas, 60% dos pacientes não se beneficiaram da RCR e apenas tiveram seu processo de morrer prolongado.

Em respeito aos princípios da beneficência e da não-maleficência, não cabe ao médico a decisão de iniciar ou não uma RCR. No Brasil, os pedidos de não ressuscitação ainda não possuem amparo legal. Os médicos devem realizar manobras de RCR e intervenções que julguem necessárias para prolongar a vida em todos os pacientes, a não ser que exista o entendimento entre a equipe médica e dos familiares de não prolongar desnecessariamente a vida de pacientes com doenças terminais irreversíveis, evitando um tratamento fútil (quando apenas prolongará o processo de morte). Nos casos de morte iminente, deve-se discutir a legitimidade da recusa do prolongamento da vida com familiares e outros profissionais.

Os dilemas éticos em geral acontecem quando numa tomada de decisão, existe conflito entre os princípios bioéticos, no caso em

questão temos de um lado a autonomia do paciente e do outro os princípios da beneficência e da não-maleficência praticados pelo médico.

Em 2006 o CFM emitiu a Resolução 1805 autorizando a ortotanásia ou eutanásia passiva (consiste em aliviar o sofrimento de um doente terminal através da suspensão de tratamentos que prolongam a vida, mas não curam, nem melhoram a enfermidade). Entretanto, o Ministério Público Federal revogou a Resolução através de liminar, traduzindo a preferência da sociedade pelo compromisso do médico em fazer "tudo que possa ser feito", mesmo quando a morte é certa. Em 2010, o CFM conseguiu reverter a decisão jurídica e a referida resolução entrou em vigor. Com a decisão, o médico convencido do prognóstico restrito e autorizado pelo paciente ou seu representante legal pode limitar ou suspender tratamentos desnecessários que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis.

O Código de Ética Médica (CEM) atual, em seu Capítulo I (princípios fundamentais), determina que "nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados". No caso em questão pode-se questionar a necessidade da realização do procedimento com o médico assistente, com o médico executor e com a comissão de ética da instituição.

O CEM em seu art. 24 determina que é vedado ao médico "deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo". Ao mesmo tempo que, no Art. 41 veda ao médico "abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal".

No caso em questão, o ideal é tentar encontrar uma alternativa viável e que contemple em parte o pedido da paciente, sempre em comum acordo com os familiares e com o desejo do médico, respeito ao código de ética médica e das normas vigentes. Deve-se traçar uma estratégia da assistência, inicialmente realizar o procedimento com a paciente acordada e sob anestesia tópica, se não for possível, tentar os dispositivos supra-glóticos para manutenção da via aérea. Uma eventual intubação traqueal seria utilizada em última hipótese, caso outros meios não fossem eficientes para manter adequada ventilação. Tudo devidamente registrado em prontuário. E, tratando-se de um caso de procedimento eletivo, cabe um parecer da comissão de ética da Instituição.

Nos casos de atendimento a uma PCR, cabe ao médico, sim, a decisão de interromper as manobras de RCR nos casos de insucesso, levando em consideração a hora da parada, o ritmo inicial de parada, o tempo para desfibrilação, as patologias próprias do paciente e a situação clínica no momento da PCR e ao longo da RCR.

A resolução do CFM nº 1995/12 dispõe sobre as diretivas de vontade dos pacientes. Define diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica. As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares (...). A tendência atual é que,

cada vez mais pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos e obstétricos apresentem as referidas diretivas, que devem ser reconhecidas e acatadas de acordo com o que diz a referida resolução.

Referência

1. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. *Clinical ethics in anesthesiology*: a case-based textbook. New York: Cambridge University Press, 2011.
2. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
3. _____. *Resolução CFM nº 1.805/2006*. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>
4. _____. *Resolução CFM nº 1995/2012*. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>
5. EISENBERG, M.S., PSATY, B.M. Cardiopulmonar resuscitation: celebration and challenges. *JAM,* 2010, n.304, p.87-88.
6. URBAN, C. DE A. et al. Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 2001, v.47, n.3, p.244-248.

CASO 6.

Autonomia
Beneficência
Analgesia de parto

Paciente de 28 anos, em trabalho de parto com 5 cm de dilatação do colo uterino. Ela refere estar com muita dor e solicita anestesia peridural. Entretanto, quando o anestesiologista chega, o marido da paciente verbaliza a enfermeira que antes do início do trabalho de parto, sua esposa disse-lhe, especificamente, que não queria anestesia no neuro-eixo em nenhuma hipótese e era para ele não deixar que ela mudasse de opinião por conta da dor. Está escrito em prontuário sua recusa em receber analgesia. A paciente grita bastante a cada nova contração, mesmo depois de receber fentanil 150mcg intravenoso. Está inflexível, pede que desconsidere sua escolha inicial e quer anestesia peridural imediata.

DISCUSSÃO

Inicialmente é importante frisar que a verdadeira autonomia requer que o paciente tome sua própria decisão tendo recebido toda a informação relevante referente ao procedimento a que será submetido. O paciente não pode fazer suas escolhas sem conhecer completamente o procedimento e quais as suas possíveis opções. Se o paciente realiza avaliação pré-anestésica e tem a

oportunidade de ser orientado e tem as suas eventuais dúvidas esclarecidas, as suas decisões são amparadas numa relação médico-paciente, portanto possuem mais valor ético-legal. Frisa-se que o termo de consentimento informado requer alguns elementos para sua validade, já citados anteriormente.

Em estudo realizado pela Sociedade Americana de Anestesia Obstétrica e Perinatologia em 2006 mostrou que 68% dos anestesiologistas acreditam que as mulheres em trabalho de parto são capazes de validar um termo de consentimento informado. Um dos autores afirma: "o verdadeiro momento em que deve ser consentida anestesia no neuro-eixo para analgesia de parto é durante o trabalho de parto, quando a paciente conhece como é a dor". Por certo, a dor do trabalho de parto não interfere na capacidade de compreensão da informação, nem mesmo de entender os riscos da analgesia.

No caso em questão, pode-se questionar se a administração do fentanil intra-venoso invalida o consentimento no momento do parto. Isso pode gerar discussão, e cada caso deve ser avaliado individualmente, entretanto, entende-se que, se a paciente manteve sua capacidade de compreender e participar do processo de tomada de decisão, não há o que se invalidar. A assistência ao trabalho de parto é uma situação única na prática anestésica, em que o anestesiologista está diante de uma paciente saudável, vivenciando uma condição de dor extrema que se prolonga durante várias horas, sem condição de ser quantificada previamente (no caso das pacientes primíparas), e que está no hospital com uma expectativa de felicidade, que é o nascimento de um filho. Isto torna aceitável mudanças de opinião com relação a decisões previamente tomadas - muitos consideram a dor do parto a maior dor que um ser humano pode sentir. É importante tentar encontrar uma solução que, dentro da ética e da legalidade,

satisfaça a vontade da paciente e ao, mesmo tempo, proteja os profissionais envolvidos. O consentimento verbal, com o testemunho de outros profissionais da equipe e o registro em prontuário devem estar presentes e são inteiramente válidos. Nesse caso em especial, a autonomia e a beneficência/não-maleficência convergem em favor da realização da analgesia. Havendo divergência entre o desejo da paciente e do seu acompanhante, deve-se priorizar a autonomia da paciente.

Aqui nesse tópico referente a analgesia de parto faz-se necessário comentar a respeito da prática da realização de analgesias simultâneas e sobre a prática do anestesiologista de ausentar-se do centro obstétrico após a analgesia. Por certo, todo o contexto de cada situação deve ser analisado, entretanto, observemos o que o Parecer do CFM nº 43/03 diz: "o anestesista não pode, de maneira nenhuma, ausentar-se do ambiente em que administra anestesia e cuida do paciente antes que o objetivo procurado seja atingido (no caso, a parturição, com estabilidade materna). É inadmissível que um anestesista aplique anestesia e retire-se do ambiente antes do trabalho concluído, mesmo estando seguro de que as condições decorrentes do seu ato estejam estabilizadas (isto só pode ser admitido se os cuidados forem transferidos a um de seus pares, profissional capaz de fazer o que ele faria em qualquer eventualidade)".

Com relação à simultaneidade, o referido parecer diz: "considerando que as analgesias simultâneas são peridurais contínuas, é possível que o anestesista aplique mais de uma e permaneça vigilante no ambiente (estamos considerando o mundo das realidades). No entanto, se isto for feito, presume-se um tranquilo desenrolar das circunstâncias (o que nos levaria ao mundo das idealidades), coisa que o médico não pode amparar-se, por razões demais sabidas". A Resolução do CFM 1802/06 em

seu art. 1º determina que "É atentatório à ética médica a realização simultânea de anestesias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional".

Contudo, é conhecida a diferença entre anestesia e analgesia, em que se objetiva tão somente o bloqueio das fibras nervosas sensoriais. A partir desse conceito, entende-se que uma analgesia não necessariamente necessita de monitorização contínua e ininterrupta dos dados vitais durante todo o trabalho de parto (considerando a grande duração e que na evolução do trabalho de parto, atualmente, preconiza-se a movimentação ativa da parturiente, inclusive fazendo caminhadas e exercícios físicos específicos), diferente da anestesia. Na fase inicial, após a administração dos anestésicos no neuro-eixo, deve-se sim realizar a monitorização contínua dos dados vitais, registrando-os, assim como a condição clínica da paciente, uma vez que algum grau de bloqueio simpático ou motor pode estar presente. Posteriormente, após certificado de que não há alterações hemodinâmicas, nem queixas relacionadas ao ato anestésico, permite-se a movimentação ativa da paciente, sem todo o rigor de monitorização contínua ininterrupta, de forma semelhante à daqueles pacientes que utilizam analgesia contínua por via neuro-eixo em esquema PCA (*patient controlled analgesia*). Esses pacientes obrigatoriamente não permanecem com monitorização contínua em tempo integral, assim como não são acompanhados presencialmente todo o tempo pelo anestesiologista, mesmo fazendo uso de soluções anestésicas por via peridural. Importante que após a administração da analgesia, o anestesiologista registre em prontuário todos os dados referentes ao seu ato e se houve alguma interferência na evolução do trabalho de parto, principalmente na qualidade das contrações uterinas.

Entendendo a diferença entre anestesia e analgesia, a inviabilidade da disponibilização de um anestesiologista para cada paciente em trabalho de parto, a tendência atual de estímulo ao parto natural participativo, deve-se avaliar as condições inerentes a cada situação (o estágio de evolução do parto, a condição clínica da paciente, o tempo decorrido após a última dose de anestésico, a disponibilidade ou não de outro anestesiologista, a necessidade imediata de iniciar a analgesia) antes do mesmo anestesiologista iniciar analgesias simultâneas, objetivando sempre buscar os princípios da beneficência e da não-maleficência. Além disso, a presença do profissional no mesmo ambiente durante toda a analgesia de parto é considerada prudente.

Referência

1. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. *Clinical ethics in anesthesiology*: a case-based textbook. New York: Cambridge University Press, 2011.
2. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Parecer CFM nº 43/03*. O anestesista não deve realizar analgesias obstétricas simultâneas pelo risco a que pode expor as pacientes de que cuida. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2003/43>
3. _____. *Resolução CFM nº 1.802/2006*. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1802>

CASO 7.

Responsabilidade profissional
Raquianestesia
Complicações neurológicas

Paciente é admitida para realização de cirurgia ginecológica eletiva. A mesma é portadora de hipertensão arterial sistêmica e lombalgia esporádica. O anestesiologista opta por realizar raquianestesia, que é executada com bastante dificuldade técnica devido a anatomia desfavorável encontrada. A paciente queixa-se de dor lombar em alguns momentos durante a punção do neuro-eixo. São utilizadas 2 agulhas de calibres diferentes e puncionados 3 espaços intervertebrais diferentes. Enfim, após múltiplas tentativas, a anestesia proposta foi realizada com êxito. A cirurgia transcorre sem anormalidades. A paciente é encaminhada a SRPA sem queixas, sendo liberada 60 minutos depois apresentando Escala de Aldrete Kroulik (EAK)=09, sem queixas e movimentando ambos membros inferiores. Evolui no pós-operatório imediato com parestesia em membro inferior esquerdo e sem diminuição da força muscular. O serviço de anestesia é acionado para avaliar a paciente. Apenas no dia seguinte ao chamado comparece um anestesiologista diferente para realizar a avaliação. Então, após exame clínico, solicita consulta à neurologia, que acompanha a paciente durante o restante do internamento. Este se prolonga em razão dos sintomas neurológicos. Posteriormente, a paciente evolui com melhora, obtendo alta hospitalar após 5 dias.

DISCUSSÃO

Como sabemos, o que diferencia complicação de erro médico é a forma como ocorre o evento adverso e como é feito o seguimento do caso por parte do médico ou da equipe médica envolvida. A medicina não é infalível, complicações ocorrem e vão continuar ocorrendo com todos os médicos que fazem assistência. Complicações e erros são conceitos às vezes subjetivos, que podem ser influenciados por inúmeros fatores, são dinâmicos e podem estar intimamente relacionados, inclusive podem complementar-se ou transformar-se um no outro dependendo da situação. Os pilares de sustentação de uma conduta médica preventiva – bem-assistir, registrar e informar, podem ganhar mais um elemento nos casos envolvendo complicações, que é o de acompanhar a evolução da complicação e do paciente (acompanhar bem-assistindo, registrando e informando). No caso em questão, observa-se uma insistência por parte do anestesiologista em realizar o bloqueio de neuro-eixo com dificuldade técnica. Pode-se questionar se é prudente insistir em uma única técnica, se não existiriam alternativas mais segura diante das dificuldades apresentadas. As complicações neurológicas desencadeadas por esses bloqueios são raras (incidência de 0,003% a 0,3% com a raquianestesia) e podem estar relacionadas a isquemia da medula espinhal, a lesão traumática da medula espinhal e das raízes nervosas, as infecções e a toxicidade da própria solução de anestésico local. O médico deve estabelecer o limite a partir do qual o seu ato, potencialmente, deixa de promover beneficência e passa a promover a maleficência, passa a ser prejudicial ao paciente. Esse limite sofre influência de inúmeros fatores e não deve ser estabelecido por critérios rígidos ou protocolos, e sim determinado de acordo com a peculiaridade de cada situação.

É entendimento que o médico, por prudência, não deve insistir em procedimentos de difícil realização sob o risco de aumentar a ocorrência de complicações relacionadas. Sabe-se que uma punção difícil pode aumentar as chances de complicações neurológicas (em decorrência de trauma mecânico direto ou má distribuição da solução anestésica). O anestesiologista tem o dever de optar por uma técnica alternativa, dentro do possível, sempre que estiver diante de um procedimento de difícil execução, assim como, tem o dever de chamar por ajuda. No caso em tela, uma cirurgia ginecológica poderia ser realizada sob anestesia geral sem maiores prejuízos para a paciente. Após a queixa no pós-operatório, um outro anestesiologista foi avaliar a paciente, o que levou a mesma a alegar abandono por parte do profissional envolvido na complicação. A relação médico-paciente envolvendo os anestesiologista em geral são pouco desenvolvidas em virtude do pouco contato desses profissionais com os pacientes. Muitas vezes, o paciente conhece o médico na hora da cirurgia, pois nem sempre as consultas pré-anestésicas são realizadas pelo mesmo profissional. Sabe-se por demais os efeitos positivos de uma relação médico-paciente bem construída, isso mostra-se ainda mais importante quando na ocorrência de um efeito adverso. O ideal é que o mesmo profissional acompanhe a paciente, intervindo, sugerindo, registrando, informando até o momento da alta hospitalar. Quando não é possível, que seja justificado e bem registrado em prontuário as impressões do profissional substituto. É sabido que sintomas neurológicos transitórios podem ocorrer mesmo em punções de neuro-eixo consideradas fáceis, entretanto, essa informação é desconhecida em geral pelos pacientes, e dúvidas não esclarecidas cultivadas pelos pacientes é que muitas vezes motivam denúncias contra profissionais médicos.

Nesse caso, o anestesiologista pode responder por uma possível infração a artigos do Código de Ética Médica atual: art. 1º que determina ser vedado ao médico "causar dano ao paciente", nas vertentes negligência e imprudência; no art. 32 que determina ser vedado ao médico "deixar de utilizar todos os meios (...) em favor do paciente"; no art. 34 que determina ser vedado ao médico "deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal"; no art. 36 que determina ser vedado ao médico "abandonar pacientes sob seus cuidados".

Referência

1. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. *Clinical ethics in anesthesiology*: a case-based textbook. New York: Cambridge University Press, 2011.
2. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
3. GANEM, E. *Complicações neurológicas da anestesia peridural e subaracnóidea*. Disponível em: <http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/Complicacoes%20neurologicas%20da%20anestesia.pdf>

CASO 8.

Cuidado ao paciente
Responsabilidade profissional
Segurança no ambiente cirúrgico

Paciente jovem, ASA I, foi submetido a timpanomastoidectomia unilateral sob anestesia geral venosa e ventilação controlada. O procedimento cirúrgico ocorre sem intercorrência, entretanto antes da extubação traqueal, na presença do anestesiologista e de um técnico de enfermagem na sala, o paciente desperta com grande agitação psicomotora e cai da mesa cirúrgica, ainda em uso da cânula traqueal. Na queda ocorre um trauma no membro superior direito. O paciente é recolocado na mesa, apresenta melhora na agitação após ser medicado e, então, é procedida a extubação traqueal sem intercorrências e o paciente encaminhado a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), onde é diagnosticada uma fratura em punho direito após avaliação ortopédica. O paciente é tratado da fratura em um segundo momento, ainda durante o mesmo internamento, entretanto alega ter ocorrido negligência em seu atendimento.

DISCUSSÃO

Todo anestesiologista deve ter o entendimento que o paciente anestesiado é uma pessoa incapaz, indefesa, e todo o cuidado

possível deve ser realizado até que o mesmo readquira sua capacidade cognitiva, sensorial e motora. A assistência anestésica inclui a vigilância constante e a proteção física do paciente. Além disso, diversos procedimentos cirúrgicos impõem diferentes posicionamentos aos pacientes, o que também geram riscos relacionados. Não é incomum os pacientes apresentarem lesões neurológicas ou musculares ao final de cirurgias, principalmente nas de longa duração (e associadas a hipotensão intra-operatória). É importante fazer uso de todos os dispositivos disponíveis de proteção mecânica, identificar os pontos de maior fragilidade no paciente e registrar em ficha anestésica as medidas utilizadas. Também é importante fazer a revisão das regiões mais sensíveis de forma intermitente durante as cirurgias de maior duração. Isso faz parte da rotina de cuidados do anestesiologista, um constante vigilante de vidas.

Com relação aos acidentes no ambiente cirúrgico, estudos mostram que os mesmos não acontecem repentinamente, de súbito, ou de forma inesperada, eles são construídos passo a passo..., iniciam-se muito tempo atrás daquele momento em que acontecem. Antes da ocorrência do acidente propriamente dito, ocorrem o problema, o incidente e o incidente crítico, esses, se não forem detectados e corrigidos devidamente, transformam-se em acidente. O acidente ocorre a partir de uma evolução temporal de um problema não identificado e não corrigido. Utilizando-se o mesmo entendimento, uma lesão ocorre a partir de uma reação adversa não identificada e não corrigida. Por isso a necessidade de atenção constante.

O anestesiologista, ao passo que não deve ser responsabilizado sozinho por um acidente como o relatado, deve contar com protocolos de segurança do paciente preconizados pelas instituições e o uso rotineiro de materiais específicos destinado

à prevenção de lesões por pressão. Também deve ser estimulado o uso rotineiro de faixas de segurança em todos os pacientes durante sua permanência na mesa cirúrgica.

O caso em questão, pode ser interpretado com o uma possível infração ao Art. 1º do Código de ética médica atual: "causar dano ao paciente...", na vertente negligência, se ficar estabelecido que houve falta de cuidado, atitude desidiosa, ou desrespeito a rotinas de segurança no ambiente cirúrgico por parte do anestesiologista. Sendo assim, desrespeitado o princípio bioético da não-maleficência.

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
2. SCHREIBER, P., SCHREIBER, J. *Safety Guidelines*: Anesthesia Systems – Risk Analysis and Risk Reduction. Telford: North America, 1987.

CASO 9.

Responsabilidade profissional
Obstetrícia
Recuperação pós-anestésica

Uma paciente jovem, ASA II, por conta de doença hipertensiva específica da gravidez, foi submetida a uma raquianestesia para cesariana. A anestesia e a cirurgia são realizadas com êxito e sem nenhuma intercorrência. A paciente apresentou alguns episódios de hipotensão, que foram revertidos com doses usuais de vasopressor. Após o término da cirurgia e colocação do curativo, enquanto aguardava o transporte para a enfermaria, espera que durou alguns minutos, a paciente queixou-se de mal-estar, passando a apresentar náuseas, taquipnéia e agitação. O anestesiologista foi chamado, uma vez que já não mais se encontrava no Centro Obstétrico. A enfermeira monitorizou a paciente, evidenciando hipotensão, taquicardia e dessaturação à oximetria de pulso. O médico obstetra, que ainda se encontrava no local, foi prestar assistência à paciente. Houve uma rápida piora do quadro clínico, com dispneia e hipoxemia severa, evoluindo para parada cardiorrespiratória. Então, com a chegada do anestesiologista, foram iniciadas as manobras de reanimação, que foram infrutíferas e a paciente evoluiu para o óbito após vários minutos de tentativa de reanimação. Fez-se suspeita diagnóstica de embolia amniótica.

DISCUSSÃO

A resolução do CFM nº 1802/06 resolve que: após a anestesia, o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para aunidade de terapia intensiva, conforme o caso. Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do anestesiologista. O profissional que realizou o procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte do paciente para a SRPA e/ou CTI; a alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva do anestesiologista; na SRPA, desde a admissão até o momento da alta, os pacientes permanecerão monitorados quanto à circulação (monitorização da PA e dos batimentos cardíacos por cardioscopia), à respiração (medição contínua da oximetria de pulso), ao estado de consciência, à intensidade da dor (uso da escala analógico visual). Ou seja, entende-se que todos os pacientes submetidos à anestesia devem ser monitorados durante o período pós-operatório imediato na SRPA. Se, por ventura, não existir um local destinado a SRPA, ou a mesma estiver lotada, o paciente deverá permanecer na sala onde realizou o procedimento sendo monitorado e acompanhado até que tenha condição de alta, para o quarto ou para a devida unidade fechada. Essa alta deve ser efetuada por um anestesiologista, não necessariamente o mesmo que realizou o procedimento anestésico. Devendo o profissional descrever as condições do paciente no momento da alta e registrar possíveis sugestões (caso necessário) para a melhor recuperação do paciente. O parecer do CRM/SC nº 2157/12 conclui que os pacientes na SRPA ficarão sob responsabilidade do médico anestesiologista até o momento em que o mesmo assine a alta da SRPA, quando, então, o paciente estará apto a ser transportado para a unidade de internação. Entretanto, se por motivos administrativos o paciente não tiver condições de ser enviado à

unidade de internação (e não exista vaga em UTI), deve a Instituição, na pessoa do Diretor Técnico, providenciar um médico que fique responsável por este paciente, e a transferência deverá ser efetuada o mais breve possível, visto que a SRPA não deve ser utilizada como unidade de internação hospitalar.

No caso em questão, a paciente apresentou uma complicação de enorme gravidade, que, pelo relatado, não mostrou boa resposta com as condutas de reanimação adotadas pelos médicos. Complicação essa, decorrente não de falha na conduta médica ou relacionada diretamente à atuação da equipe médica. Entretanto, é importante ressaltar que a paciente se apresentava ainda no centro obstétrico, possivelmente não na SRPA, sem realizar o adequado acompanhamento durante sua recuperação anestésica. O anestesiologista não se encontrava no local, não estava realizando o cuidado pós-anestésico e não havia realizado, por escrito, a alta para a unidade de internação, nem registrado as condições da alta da paciente. Sabe-se que o tempo de início da Ressuscitação cardiorrespiratória é um fator crucial para o sucesso da mesma. Portanto, a ausência do anestesiologista (levando ao retardo no diagnóstico da complicação e no início da terapêutica e da reanimação) pode ser caracterizado como negligência e imprudência (infração ao art. 1º do Código de Ética Médica) na assistência médica. Também pode ser caracterizada infração ao art. 18 “desobedecer aos acórdãos e às resoluções do Conselho Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los”, por não respeitar o que determina a resolução do CFM nº 1802/06 no que diz respeito a não realização do acompanhamento pós-anestésico; e ao art. 32 “deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente”. Esse é um exemplo de como uma complicação médica (no caso uma complicação inerente ao estado clínico da paciente)

pode se transformar em erro médico (por assistência inadequada – a paciente estava desassistida e não monitorizada, enquanto deveria estar na SRPA, quando apresentou a complicação). O médico deve estar sempre atento à íntima e dinâmica relação entre complicação e erro médico. No caso em tela, ao não realizar o devido cuidado, o anestesiologista desrespeitou os princípios da beneficência e da não-maleficência.

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
2. _____. *Resolução CFM nº 1.802/2006*. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1802>
3. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. *Parecer CREMESC nº 2.157/2012*. A recuperação pós-anestésica na SRPA, em hospitais que não possuem médicos lotados nesta Unidade, é de responsabilidade do médico anestesiologista. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SC/2012/2157>

CASO 10.

Falta de vaga em UTI
Emergência
Responsabilidade profissional

Paciente idosa hospitalizada na enfermaria clínica há alguns dias desenvolve um quadro de abdome agudo obstrutivo com indicação cirúrgica. Não há vaga de UTI na instituição e nem disponível em nenhum outro hospital da rede conveniada. A cirurgia é postergada por algumas horas para aguardar uma possível vaga na unidade intensiva. Entretanto essa disponibilidade não é confirmada e a paciente evoluiu com piora do quadro. A equipe de cirurgia afirma a necessidade da intervenção imediata, contudo o anestesiologista vai de encontro ao início do procedimento alegando que a vaga na UTI no pós-operatório é imprescindível, e não realiza a anestesia da paciente, mesmo com a sugestão de que a paciente fique intubada no Centro cirúrgico até a disponibilização da vaga requerida. Então a paciente evolui com piora e quando é submetida ao procedimento algumas horas depois apresenta seu quadro bastante agravado. Evoluiu para óbito no pós-operatório imediato.

DISCUSSÃO

Nem sempre o processo de tomada de decisão frente a um dilema ético é fácil, por essa razão, o conhecimento dos princípios bioéticos ajuda a orientar o profissional médico, que deve sempre agir na promoção da beneficência e da não-maleficência. No caso em tela, agir em benefício da paciente é intervir da maneira mais precoce possível, desde que caracterizada pela equipe cirúrgica a urgência/emergência do caso. Em nenhuma hipótese o anestesiologista deve retardar o início de um procedimento dessa natureza. Primeiramente resolve-se a emergência e num momento posterior discute-se questões administrativas com a diretoria técnica da instituição e com a equipe de cirurgia, objetivando minimizar os riscos ao paciente. Lembrando que o anestesiologista atua como parte integrante de uma equipe e, sempre que existir consenso nessa equipe, o paciente será beneficiado. O Código de Ética Médica atual, em seu Capítulo I (princípios fundamentais) determina que "o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor da sua capacidade profissional".

O Parecer do CRM/TO nº 01/14 conclui que para não incorrer em infração ao Código de Ética Médica, o anestesiologista deverá comunicar ao responsável do centro cirúrgico e ao diretor técnico a necessidade da vaga na UTI. Estes são os responsáveis em providenciar soluções. Enquanto isso, é mister do profissional a realização do ato médico devido. Após o término, o paciente deverá ser acompanhado pelo mesmo (anestesiologista) na SRPA, ficando sob seus cuidados ou de quem for o responsável naquele momento, até solucionarem o problema. Agindo dessa forma, aumentam-se as chances do paciente, e o anestesiologista não se exime de sua obrigação como médico e como ser humano.

Importante registrar em prontuário sobre a urgência do caso e a necessidade da intervenção imediata, assim como o registro da solicitação por vaga de UTI. Dessa forma, justifica-se o início de um procedimento (em caráter de emergência) sem que as condições ideais estejam disponibilizadas.

A Resolução CFM nº 1802/06 resolve em seu art. 2º que: "É responsabilidade do diretor técnico da instituição assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança". No art. 4º que: "Após a anestesia, o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para a unidade de terapia intensiva (UTI), conforme o caso". Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anestesiologista.

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
2. _____. *Resolução CFM nº 1.802/2006*. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1802>
3. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE TOCANTINS*. Parecer CRM-TO nº 01/2014*. Recusa de médico anestesiologista em atuar em situação de emergência por não haver vaga na UTI. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/TO/2014/1>

CASO 11.

Recuperação pós-anestésica
Responsabilidade profissional
Complicação pós-anestésica

Paciente foi submetida a cirurgia de mamoplastia redutora sob anestesia geral. O procedimento ocorre sem intercorrências. A paciente é extubada e encaminhada a SRPA com dados vitais normais, levemente sonolenta. Após alguns minutos, evolui com episódio de vômito. O anestesiologista que realizou a anestesia é procurado no Centro cirúrgico e não é encontrado. Um outro profissional é comunicado da complicação. A paciente apresenta novo episódio de vômito e nenhuma terapêutica é adotada. Posteriormente evolui com outros episódios de vômito e o anestesiologista não comparece para avaliá-la nesse período. A enfermagem registra que chamou o anestesiologista desde o primeiro momento. Quando o anestesiologista comparece à SRPA para avaliar e prescrever a paciente, a mesma já havia apresentado diversos episódios de vômitos. Posteriormente, depois de devidamente medicada, a paciente melhora e recebe alta da SRPA. Entretanto, evolui algumas horas depois com hematoma no local da cirurgia, sendo necessário novo procedimento cirúrgico para drenagem do mesmo. Alega que houve negligência em seu atendimento e que o anestesiologista a abandonou.

DISCUSSÃO

Como é devidamente sabido, a responsabilidade profissional do anestesiologista não acaba quando termina o procedimento cirúrgico, nem quando a paciente deixa a sala de cirurgia em direção a SRPA. Aproximadamente, um terço das complicações relacionadas a anestesia acontecem no período pós-anestesia, na SRPA. Período que exige uma monitorização contínua dos dados vitais, de forma semelhante como ocorre durante a anestesia, e observação das queixas dos pacientes, principalmente no que se refere a dor pós-operatória e controle de náuseas e vômitos, principais ocorrências nesse período. Todo o acompanhamento e as evoluções médicas devem ser registradas com mesmo cuidado que os registros relativos a anestesia. As queixas dos pacientes devem ser valorizadas e devidamente avaliadas, diagnosticadas e tratadas no menor tempo possível. Se o profissional responsável pela anestesia não estiver disponível, outro anestesiologista deve proceder a avaliação. Se não mais estiver presente no centro cirúrgico, outro colega deve ser indicado para acompanhar, consentir em realizar esse acompanhamento, e se responsabilizar em atender os pacientes. Se possível, até registrar em prontuário o nome do profissional que passará a prestar assistência a partir de determinado momento. Alguns serviços atualmente adotaram a figura do anestesiologista presente na SRPA, responsável unicamente em atender às demandas dos pacientes no período pós-anestésico. A assistência não pode ser fragmentada, sob o risco de caracterizado abandono de paciente (infração ao art. 36 do Código de Ética Médica), mesmo que seja feita por profissionais diferentes. Frisa-se aqui a necessidade do registro das condições clínicas do paciente no momento da saída da sala de cirurgia. O anestesiologista deve lembrar que a equipe de enfermagem faz esses registros, e ficar atento aos mesmos,

verificando se os dados anotados de fato correspondem à realidade. Também, por prudência, o anestesiologista deve observar o nível de consciência do paciente nesse momento, evitando encaminhá-lo em situação descrita muitas vezes pela enfermagem como "narcose anestésica". Em muitas SRPA não existe a presença física do anestesiologista de maneira contínua e a vigilância dos pacientes é feita por um técnico de enfermagem. Tem-se, então, uma delicada situação em que esse profissional não médico vigia o paciente, mas quem é o responsável por qualquer complicação é o anestesiologista. Por isso, por prudência, o anestesiologista apenas deve encaminhar os pacientes para a SRPA nas melhores condições possíveis, assim como, deve realizar avaliação dos mesmos perante toda e qualquer queixa surgida. Numa eventual intercorrência, o anestesiologista deve em obediência ao art. 37 do CEM (que determina ser vedado ao médico "prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente...) avaliar o paciente antes de medicá-lo.

A resolução do CFM nº 1802/06 estabelece que a alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva do médico anestesiologista.

O parecer do CRM/CE nº 15/99 determina que: "Quanto a responsabilidade do anestesiologista sobre o paciente anestesiado por ele e que se encontra na sala de recuperação pós-anestésica, ela é plena em todos os seus aspectos: éticos, civis e penais, compartilhada com o médico anestesiologista da SRPA, cada um respondendo proporcionalmente aos seus atos e omissões. É dever do plantonista comunicar ao médico assistente as complicações porventura ocorridas e tratar os casos urgentes. Podendo ambos traçar a estratégia conjunta de assistência ao paciente. Havendo discordância, deverá o médico assistente assumir integralmente o caso, com base na relação contratual estabelecida entre ele e o seu paciente".

O Parecer CRM/CE nº 10/05 conclui: “Havendo ou não plantonista na sala de recuperação pós-anestésica, o médico que praticou a anestesia será responsável pela recuperação do paciente”; “Os hospitais que tem grande movimento cirúrgico eletivo ou de urgência devem ter na sala de recuperação pós-anestésica, durante esse fluxo aumentado de cirurgias, um médico plantonista que pratique anestesia”.

O Parecer do CRM/SC nº 2157/12 conclui que: “Os pacientes na SRPA ficarão sob responsabilidade do médico anestesiologista até o momento em que o mesmo assine a alta da SRPA, quando, então, o paciente estará apto a ser transportado para a unidade de internação. Entretanto, se por motivos administrativos o paciente não tiver condições de ser enviado à unidade de internação, deve a Instituição, na pessoa do Diretor Técnico, providenciar um médico que fique responsável por este paciente, e a transferência deverá ser efetuada o mais breve possível, visto que a SRPA não deve ser utilizada como unidade de internação hospitalar”.

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
2. _____. *Resolução CFM nº 1.802/2006*. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1802>
3. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ. *Parecer CREMEC nº 15/1999*. Os critérios de alta do paciente

no período de recuperação pós-anestésica são de responsabilidade intransferível do anestesista. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/CE/1999/15>

4. _____. *Parecer CREMEC nº 10/2005*. Obrigatoriedade da presença de um médico plantonista na sala de recuperação pós-anestésica. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/CE/2005/10>
5. _____. *Parecer CREMEC nº 18/2008*. Sala de recuperação pós-anestésica. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/CE/2008/18>
6. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. *Parecer CREMESC nº 2.157/2012*. A recuperação pós-anestésica na SRPA, em hospitais que não possuem médicos lotados nesta Unidade, é de responsabilidade do médico anestesiologista. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SC/2012/2157>

CASO 12.

Fadiga profissional

Responsabilidade profissional

Erro na administração de drogas

Às 8h o anestesiologista inicia uma cirurgia eletiva de colecistectomia por vídeo. O mesmo profissional havia iniciado seu plantão às 7h do dia anterior, ou seja, estava no hospital há 25 horas e havia realizado diversos procedimentos durante esse período. Próximo ao final da cirurgia, intencionado em administrar dipirona para analgesia pós-operatória, o mesmo injetou, por via intra-venosa, 01 ampola de adrenalina. Essas drogas apresentavam embalagens semelhantes. Logo em seguida, a paciente evoluiu com taquicardia ventricular, seguida de fibrilação ventricular. Em curto espaço de tempo, foi identificada a complicação e realizada desfibrilação ventricular, realizada massagem cardíaca externa e posteriormente administradas drogas, respeitando o protocolo de reanimação cardio-respiratória. Houve boa resposta, retorno do ritmo cardíaco espontâneo e a paciente evoluiu de forma favorável com taquiarritmias ventriculares, tratadas farmacologicamente. Seguiu mantendo hemodinâmica estável, sendo posteriormente encaminhada a UTI em status pós-parada, onde permaneceu por alguns dias até obter alta. O anestesiologista comunicou os fatos aos familiares, alegou ter ocorrido um lamentável acidente e referiu cansaço como justificativa.

DISCUSSÃO

Vasta literatura já demonstrou o impacto da fadiga em profissionais da saúde na morbidade e mortalidade de pacientes. Entretanto, este é um problema não reconhecido pela grande maioria dos médicos e das instituições, que permitem que profissionais trabalhem por vários períodos de forma ininterrupta.

O sono é uma necessidade fisiológica do ser humano, sabe-se que o sono não-REM e REM, ambos, são necessários para um completo estado de alerta. Sabe-se que após um período de trabalho, a privação do sono pode levar a um enfraquecimento na atividade psicomotora, semelhante ao ocorrido após ingestão de bebida alcoólica. Estudos mostram que após 17 horas de vigília a performance nos testes de rastreamento declinam a um nível semelhante a uma concentração de álcool no sangue de 0,05%. Após 24 horas de vigília é semelhante a 0,1% (atualmente, apenas a título de comparação, na legislação em vigor no Brasil, nenhuma quantidade de álcool no sangue é permitida em condutores de veículos). Sabe-se que o ser humano é incapaz de determinar com precisão seu estado de alerta, indivíduos que se consideram despertos e alertas, podem adormecer em poucos minutos depois. Esta discrepância entre a auto-avaliação subjetiva e o real nível de alerta pode trazer implicações importantes, pois indivíduos que se consideram alertas podem não estar aptos para realizar determinadas funções. Outros estudos têm demonstrado ainda prejuízo à linguagem, à habilidade numérica, diminuição da capacidade de reter informações, da concentração e da memória. Um estudo publicado no *New England Journal of Medicine* em 2004, mostrou que a redução da duração do turno de trabalho de 30 para 17 horas reduziu a ocorrência de erros médicos em 35.9%. Conclusão similar foi observada na prática anestésica em um estudo publicado na anesthesiology em 2003.

A Síndrome de *burnout* (do inglês “queimar até o fim”) é uma síndrome que compreende altos níveis de esgotamento emocional, despersonalização e baixos níveis de realização pessoal, que ocorre em consequência do estresse crônico eacomete trabalhadores sob extrema responsabilidade ou que assistem indivíduos sob risco. Em um recente estudo foi identificada numa incidência de 10,4% dos anestesiologista de um determinado grupo. Tem efeitos não apenas no bem-estar pessoal do profissional, mas também na assistência prestada aos pacientes. A possível relação entre fadiga e ocorrência de acidentes de trabalho, tem levado muitas indústrias americanas a limitarem a jornada de trabalho de seus funcionários. O impacto potencial da privação do sono e fadiga, especificamente entre anestesiologistas tem sido pouco estudado. O cuidado ao paciente no intra-operatório requer uma interação de coleta de dados, avaliação da importância destes dados para o estado do paciente, desenvolvimento e implementação de medidas para manter o paciente no estado desejável, e a monitorização do resultado das medidas adotadas. A realização destas tarefas requer atenção permanente e vigilância, e são particularmente vulneráveis aos efeitos da fadiga.

No que se entende sobre responsabilidade, os médicos têm o compromisso de estarem em suas melhores condições para cuidar da saúde dos seus pacientes. Dessa forma, médicos trabalhando dentro de uma carga horária considerada excessiva, envolvidos em acidentes, podem sim responder por uma eventual imprudência caso caracterize-se relação entre a fadiga do médico e o acidente. Também o diretor técnico da instituição hospitalar, responsável pelas escalas de trabalho médico, pode ser responsabilizado.

O anestesiologista é a única especialidade médica que prescreve, dilui e administra os fármacos sem a conferência de outro profissional. Por isso deve direcionar toda a sua atenção no

manuseio e administração das drogas durante o ato anestésico. E, entendendo-se que inúmeras diferentes drogas são administradas pelo anestesiologista durante um único procedimento, em um único paciente, vê-se a importância dessa questão. Em um turno de trabalho de 12 horas, se o anestesiologista realizar entre 3 e 5 procedimentos anestésicos, possivelmente terá administrado entre 40 e 60 medicamentos diferentes (sem nenhuma conferência por outro profissional) em seus pacientes.

Estudos mostram que dos erros no ambiente cirúrgico, considerados como erros humanos cometidos por anestesiologistas, 24% são relativos a administração de drogas. Em questionário enviado, 91,8% dos anestesiologistas afirmaram já terem cometido erro na administração de medicamentos, sendo que o erro mais comum foi, em ordem decrescente: a substituição/troca da medicação (68,4%), erro de dosagem (49,1%), e a omissão (esquecimento) foi o último (35%). Os fatores que mais contribuíram para esses erros foram distração e fadiga (64,9%) e leitura errática dos rótulos ou seringas (54,4%).

Além disso, observa-se que na prática do anestesiologista não é comum o respeito a uma carga horária máxima pré-estabelecida, nem o que se observa na legislação. O art. 71 CLT: qualquer trabalho contínuo superior a 6h é obrigatória a concessão de intervalo de 1 hora para almoço e descanso. A Lei nº 3999/61, art. 8º: estabelece que para cada 90 minutos de trabalho, deve-se conceder 10 minutos de intervalo – legislação específica para o trabalho médico. Para médicos não-seletistas não há lei que disponha sobre o tema. A Resolução do CRM/SP nº 90/2000 estabelece que: as unidades de saúde devem dispensar aos médicos prestadores de serviço, as mesmas medidas protetivas estabelecidas na legislação. Ficam desaconselhados plantões superiores a 24 horas ininterruptas.

Em ocorrendo um acidente dessa natureza, o anestesiologista deve priorizar a assistência ao paciente, utilizando-se de todos os meios disponíveis na unidade; não deve esconder o problema; registrar em prontuário; informar ao paciente e aos familiares; e informar à coordenação e/ou diretoria técnica sobre o acidente, as possíveis causas e sugestões para que novos eventos semelhantes não aconteçam.

Referência

1. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. *Clinical ethics in anesthesiology*: a case-based textbook. New York: Cambridge University Press, 2011.
2. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Resolução CREMESP nº 90/2000*. Normatiza preceitos das condições de saúde ocupacional dos médicos e dá outras providências. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/SP/2000/90>
3. ERDMANN, T.R. et all. Perfil de erros de administração de medicamentos em anestesia entre anestesiologistas catarinenses. *Rev. Bras. Anest.*, 2016, v.66, n.1, p.105-110.
4. HOWARD, S.K. et all. Simulation study of rested versus sleep-deprived anesthesiologists. *Anesthesiology*, 2003, v.98, n.6, p.1345-55.
5. KOHN, L.T., CORRIGAN, J.M., DONALDSON, M.S. *To Errishuman*: Building a safer Health System. Washington D.C.: National Academy Press, 1999.
6. LINS Filho, Ruy L.M. *Stress e fadiga na segurança do ato anestésico*. Disponível em: <http://www.saj.med.br/uploaded/File/107.pdf>

7. LOCHELEY, S.M., et all. Effecto freducing interns´ weekly work hours on sleep and attentional failures. *N. Engl. J. Med.*, 2004, v.351, n.18, p.1829-37.
8. MAGALHÃES, E. et al. Prevalencia del síndrome de burnout entre los anestesistas del Distrito Federal. Rev. Bras. Anest. [online]. 2015, v.65, n.2, p.104-110.

CASO 13.

Autonomia
Beneficência
Analgesia de parto

Durante o período da madrugada, chega ao plantão uma paciente secundípara, em trabalho de parto há mais de 20 horas, com evolução muito lenta. Está com 9 cm de dilatação do colo uterino e o feto mostra sinais de sofrimento, com desaceleração da frequência cardíaca. Os obstetras indicam cesariana. A paciente apresenta obesidade importante e recusa anestesia geral, alegando que, previamente, uma pessoa da sua família havia perdido o bebê por conta de anestesia geral. O anestesiologista, então posiciona a paciente para realização de raquianestesia. Contudo, em razão da obesidade, não encontra uma anatomia favorável. Realiza diversas tentativas de punção e não obtém sucesso, mesmo mudando o espaço intervertebral algumas vezes, o diâmetro da agulha e o local da punção em relação ao eixo central. Na instituição não havia agulha própria para pacientes obesos. O anestesiologista, então, opta por tentar realizar uma anestesia peridural e também não obtém êxito na técnica após diversas tentativas, o que gerou descontentamento por parte da paciente. Não havia outro anestesiologista naquele plantão. Entendendo que o tempo de retirada do concepto é um fator importante para a viabilidade do mesmo e a segurança da paciente, e que necessita encontrar uma solução para aquela

situação, o anestesiologista indica anestesia geral, mesmo contra a vontade da paciente.

DISCUSSÃO

Nesse caso, observa-se claramente um conflito entre princípios fundamentais da bioética: o da autonomia e o da beneficência e da não-maleficência. O que priorizar? Os dilemas éticos costumam surgir das mais variadas formas e em diferentes momentos, e as discussões inerentes aos mesmos podem gerar interpretações muitas vezes diferentes dependendo do ponto de vista analisado. Quando os princípios bioéticos foram definidos por Beauchamp e Childress, estabeleceu-se que um princípio não deveria ter supremacia sobre os demais, entretanto, por questões inteiramente sociais ou numa condição de conflito como essa, um pode sim ser priorizado perante os demais. Entende-se que nas sociedades democráticas mais desenvolvidas, a questão da autonomia tende a ser mais valorizada. Em nossa sociedade a tendência é que a beneficência ocupe esse posto, contudo cada caso deve ser inteiramente individualizado. No caso em tela, tende-se a levar em consideração priorização do princípio da beneficência e não-maleficência em detrimento da autonomia. O princípio da beneficência numa sociedade em vias de desenvolvimento será, provavelmente, o princípio que vai orientar as atividades e decisões do profissional de saúde como cidadão ciente do seu papel e da sua posição pessoal e social, apesar de que o respeito prioritário à autonomia é o entendimento que vem ocupando mais espaço ao longo dos anos. Deve-se incluir na discussão toda a equipe médica e a decisão, que não cabe apenas ao anestesiologista, deve ser rápida, em função da emergência do caso, e deve ser tomada em conjunto. Um completo relato em prontuário deve ser realizado, e os familiares

também devem ser informados, e, se possível, devem participar do processo de tomada de decisão.

A decisão de realizar a anestesia geral nesse caso, tratando-se de uma emergência médica tem amparo no Código de Ética Médica (CEM) atual, quando este em seu art. 31 resolve que é vedado ao médico "desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte". Considerando-se que a situação descrita representa um risco de morte tanto para o feto, quanto para a gestante, e, utilizando-se do entendimento semelhante, a não intervenção por parte do anestesiologista pode ser caracterizada como uma possível infração ao art. 32 do CEM que determina que é vedado ao médico "deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e ao seu alcance, em favor do paciente".

Referência

1. BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. 4th. ed. New York: Oxford University Press, 2001.
2. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
3. KIPPER, D.J., CLOTET, J. Princípios da beneficência e não maleficência. In: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM, 1998. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIprincipios.htm>

CASO 14.

Responsabilidade profissional
Negação de erro médico
Segurança no ambiente cirúrgico

Paciente de 45 anos admitida para realização de colecistectomia por videolaparoscopia eletiva. É saudável e relata sintomas de colelitíase. O anestesiologista induz a anestesia geral e logo em seguida administra antibioticoprofilaxia com cefazolina intravenosa, apesar do fato de a paciente ser alérgica a essa medicação estar claramente registrado em prontuário. Após 15 minutos, a paciente apresenta rush cutâneo, elevação das pressões nas vias aéreas e sibilos respiratórios. A pressão arterial caiu bruscamente. O anestesiologista diagnostica anafilaxia aguda e inicia tratamento. A paciente responde bem às medidas, tendo seu quadro estabilizado. A cirurgia foi suspensa e a paciente foi encaminhada a UTI. Inicialmente o anestesiologista negou ter administrado a cefazolina, posteriormente, após a conferência das ampolas, observou-se a utilização da mesma.

DISCUSSÃO

Inicialmente é necessário destacar a importância da checagem do prontuário do paciente antes de iniciar o procedimento anestésico, principalmente analisar com atenção a avaliação pré-anestésica. É fundamental a participação do anestesiologista

no *checklist* de cirurgia segura, rotina que deve ser estimulada no ambiente cirúrgico, uma vez que está diretamente implicada em redução de complicações. Uma vez identificado possíveis fatores de risco, o anestesiologista deve tomar ativamente as medidas de precaução específicas. No caso de uma alergia confirmada pelo paciente, é importante a retirada das medicações potencialmente relacionadas da sala de cirurgia, e registrar alertas relativos na ficha de anestesia e no aparelho de anestesia. A administração de uma medicação num paciente com alergia já previamente identificada pode caracterizar a ocorrência de negligência na assistência prestada pelo anestesiologista, e, se o incidente for acobertado, pode caracterizar também imprudência. Uma vez ocorrido o incidente, o profissional deve reconhecê-lo e deve utilizar-se de todos os meios disponíveis para resolver as potenciais complicações relacionadas. A demora em reconhecer, assumir e divulgar o incidente retarda as chances da resolução de uma potencial complicação. O médico deve empenhar todos os seus esforços para evitar a maleficência relacionada ao seu ato, entretanto, por vezes, o medo de reconhecer o erro pode contribuir para um resultado insatisfatório ou de evolução incerta. O médico deve estar comprometido na divulgação precoce do problema, inclusive ao paciente, que deve ter acesso a toda informação referente a complicação ocorrida, os efeitos a curto e médio prazo, além de formas de prevenir futuras ocorrências. O médico tem o dever ético de comunicar. O Código de Ética médica (CEM) atual determina no art. 4º que é vedado ao médico "deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado..."; no art. 34 que é vedado ao médico "deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caos, fazer a comunicação a seu representante legal".

A incidência de erros relacionados a prática médica não pode ser desconsiderada. Em 1999, a *National Academy Press*, em Washington, publicou um trabalho mostrando uma estimativa de 44.000 a 98.000 mortes evitáveis por ano relacionadas a erros médicos. Esse trabalho provocou uma reestruturação no sistema de saúde americano, objetivando aumentar a segurança dos pacientes. Em 2004, a Universidade de Londres publicou trabalho estimando 40.000 mortes anuais na Grã-Bretanha relacionada a erro médico. Alguns fatores identificados geram dificuldade na comunicação do erro:

a) medo de litigância (entretanto, observa-se que a comunicação do erro pode diminuir a incidência de litigância; além do mais, boa parte dos médicos superestimam a percentagem de eventos que geram em ação judicial).

b) culpa e vergonha provocadas pelo erro.

c) falta de apoio institucional.

Entre as medidas utilizadas para melhorar a segurança dos pacientes no ambiente cirúrgico, a adoção do *checklist* de cirurgia segura tem grande valor. A aplicação desse instrumento tem crescido bastante em todo o mundo, uma vez que se trata de um método de fácil aplicabilidade, baixo custo e que tem demonstrado bons resultados. Um estudo publicado no *New England* em 2009 comparando resultados antes e depois da aplicação do *checklist* envolvendo 4000 pacientes, de 8 cidades diferentes, mostrou, com relação aos pacientes cirúrgicos, uma redução da mortalidade 1,5% para 0,8%; das complicações, em geral, de 11% para 7%; e redução considerável na incidência de infecções e das re-operações. Seguir os protocolos de segurança do paciente no ambiente cirúrgico é condição essencial para atingir êxito no ato anestésico.

Referência

1. BLUNDERING Hospitals ‘Kill 40.000 a year’. *The Times*, London, 14 ago. 2004. Disponível em: <http://thetimesonline.co.uk/tol/news/uk/article468980ece>
2. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. *Clinical ethics in anesthesiology*: a case-based textbook. New York: Cambridge University Press, 2011.
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
4. HAYNES M.D. A surgical safety check listred uce morbidity and morbitality in a global populations. *New England Journal*, special article. 2009, v.5, n.360, p.491-499.
5. KOHN, L.T., CORRIGAN, J.M., DONALDSON, M.S. *To Err is human*: Building a safer Health System. Washington D.C.: National Academy Press, 1999.

CASO 15.

Responsabilidade profissional
Complicação
Punção arterial

Recém-nascido (RN) de 28 dias de vida, admitido no centro cirúrgico para ressecção de tumor retroperitoneal. O procedimento é classificado como de potencial risco de sangramento intra-operatório. O anestesiologista promove a indução anestésica e indica monitorização de Pressão Arterial Média Invasiva (PAMI), através de punção arterial. Então, instala, após várias tentativas, um cateter de punção venosa (jelco) nº 22 na artéria femural direita do paciente para monitorização contínua da PAMI. Alguns minutos após, ainda antes da colocação dos campos cirúrgicos, o anestesiologista verifica que o membro inferior direito do paciente apresentava-se cianótico. Imediatamente, procedeu a retirada do referido cateter, realizando compressão local e aquecimento do membro. Em seguida, o procedimento iniciou sem a monitorização da PAMI indicada previamente. Como previsto, houve sangramento moderado durante a cirurgia, tratado com reposição volêmica e hemotransfusão, e o paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sendo encaminhado a UTI após o término do procedimento. Evoluiu de forma favorável, entretanto, apresentou hematoma e estenose arterial no local da punção arterial do membro inferior direito. É solicitada avaliação da cirurgia vascular,

que indica novo procedimento cirúrgico para correção da lesão na artéria.

DISCUSSÃO

Diante dos dilemas éticos o profissional deve orientar suas decisões tendo como base os princípios da bioética. No caso em tela, o conflito estabelece-se entre a beneficência e a não-maleficência. Tentando promover a beneficência, algumas vezes, o médico promove a maleficência (a maleficência é um dos limites da beneficência). A não-maleficência é a obrigação de não causar danos, envolve abstenção, enquanto a beneficência, fazer o bem, requer ação. O princípio de não-maleficência é devido a todas as pessoas, enquanto a beneficência é, na prática, menos abrangente e dependente de diversos fatores. É bem estabelecido que a prática da medicina pode, às vezes, causar danos para a obtenção de um benefício maior. O que se deve estabelecer é se a maleficência é decorrente de uma complicação prevista ou de uma prática inadequada. No referido caso, observa-se que ocorreu uma complicação após a punção arterial. A punção foi justificada na necessidade de uma monitorização contínua da PAMI, o que é perfeitamente aceitável, entretanto, o que pode ser questionado é se o cateter utilizado era adequado para a punção da artéria femoral do RN? Se a punção da artéria femoral era a melhor opção? Se foram feitas várias tentativas de punção, poder-se-ia ter solicitado ajuda de um outro anestesiologista ou de um cirurgião vascular, dada a complexidade do caso? Outra questão a ser discutida é o fato do anestesiologista desistir da monitorização indicada, que julgava ser necessária, e permitir o início da cirurgia sem a instalação da mesma. Também, não foi solicitada avaliação da cirurgia vascular após o paciente ser encaminhado para UTI, mesmo após a complicação observada

na sala de cirurgia. O médico tem o dever de utilizar todos os meios disponíveis, isso inclui chamar por ajuda quando a estratégia traçada se mostra sem êxito e solicitar avaliação do especialista, principalmente diante dos casos complicados, de difícil resolução, ou que gerem dúvidas sobre a conduta.

Relativo ao caso em tela e à luz do Código de Ética Médica atual, faz-se necessário comentar que o anestesiologista envolvido pode responder por possível infração ao art. 1º que determina ser vedado ao médico "causar dano ao paciente, por ação ou omissão ...", nas vertentes negligência e imprudência. Observa-se que o anestesiologista indicou uma monitorização que julgou ser necessária, depois permitiu o início da cirurgia sem a mesma; que utilizou um cateter possivelmente inadequado; que optou pela punção direta da artéria femoral como primeira opção, negligenciando os riscos, e insistiu numa punção difícil. Também pode ser caracterizada possível infração ao art. 32 que determina ser vedado ao médico "deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente". Pode-se observar que o anestesiologista não utilizou o material mais adequado para a referida punção, não solicitou por ajuda e não solicitou avaliação do especialista (cirurgião vascular) quando identificou a complicação. Apesar de ter identificado a insuficiência vascular, o anestesiologista limitou-se apenas a retirar o cateter arterial, e aquecer o membro, não empreendeu nenhum esforço maior no sentido de diagnosticar e tratar a complicação.

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>

2. KIPPER, D.J., CLOTET, J. Princípios da beneficência e não maleficência. In: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM, 1998. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIprincipios.htm>

CASO 16.

Suspensão de cirurgia
Responsabilidade profissional
Registros médicos

A Comissão de Ética de um determinado hospital encaminha ao Conselho Regional de medicina a seguinte denúncia: o anestesiologista recusou-se a realizar o devido procedimento anestésico num paciente que seria submetido a reconstrução com microcirurgia em membro superior. A cirurgia seria executada pelo serviço de cirurgia plástica, que havia convidado um médico externo ao serviço para participar do procedimento, e pela equipe de ortopedia do hospital. O paciente aguardava pelo procedimento havia já algum tempo e havia realizado consulta pré-anestésica há 10 dias. Nesta, constava que o paciente (que possuía 32 anos) não apresentava doenças associadas, nem nenhuma preocupação específica foi sinalizada pelo profissional que a realizou, nem foi solicitada vaga de UTI para o pós-operatório, nem reserva de hemoderivados. As alegações do anestesiologista para justificar sua decisão de não iniciar o procedimento foi que a cirurgia teria duração de 12 horas e que, como seu início estava previsto para às 13 horas, certamente ultrapassaria às 19 horas. Alega que, após esse horário, a segurança do paciente estaria comprometida, uma vez que não haveria banco de sangue. Também não havia vaga de UTI disponível para o paciente. A decisão foi tomada pelo

anestesiologista às 13:30, conforme as anotações da equipe de cirurgia plástica no prontuário. Não havia anotações do anestesiologista em prontuário. As duas equipes cirúrgicas que participariam do procedimento afirmaram que a duração prevista para aquele procedimento seria de 6 horas e que não estava prevista perda sanguínea intra-operatória considerável, nem necessidade de UTI. O anestesiologista foi irredutível na sua decisão, mesmo após a argumentação contrária das equipes cirúrgicas, e o paciente não realizou o procedimento proposto, tendo alta hospitalar no mesmo dia. Frisa-se que o cirurgião responsável pela equipe de cirurgia plástica ainda não havia chegado no centro cirúrgico no momento em que a decisão foi tomada pelo anestesiologista, mas todos os outros médicos sim, e todo material necessário para realização do procedimento estava disponibilizado. O paciente alega que em nenhum momento o anestesiologista conversou com ele.

DISCUSSÃO

Esse caso ilustra bem a responsabilidade do trabalho médico. Analisando de forma simplista, esse anestesiologista respondeu a uma denúncia por que se recusou a realizar um procedimento cirúrgico eletivo. A questão da assistência não prestada foi justificada pela alegação do anestesiologista de que a cirurgia teria duração de 12 horas, que não havia reserva de vaga em UTI e nem reserva de hemoderivados. Essas alegações são contraditas no fato de que as equipes cirúrgicas afirmaram duração prevista de 6 horas, e no fato de não haver necessidade de tais solicitações, inclusive não sinalizadas na consulta pré-anestésica (realizada por outro profissional), considerando tratar-se de um paciente jovem e sem patologias associadas.

O anestesiologista tem sim autonomia de iniciar ou não um procedimento cirúrgico eletivo. No entanto, no caso de recusa, deve justificar os motivos com o responsável pela equipe cirúrgica, registrando em prontuário, e, posteriormente, informar ao paciente e seus familiares os motivos pelos quais tomou a decisão. A decisão de não iniciar um procedimento eletivo pode ser unilateral, contudo deve ser justificada e documentada. Essa decisão pode ser tomada se entender que a segurança do paciente está comprometida, mesmo se na avaliação pré-anestésica este risco não tenha sido identificado por uma nestesiologista diferente. O Código de Ética Médica determina em seu capítulo II que é direito do médico "indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente".

Com relação aos princípios da bioética, pode-se considerar ou não beneficência ao paciente. Por um lado, o mesmo não foi contemplado por um tratamento necessário, que aguardava já há algum tempo, e que, para sua execução, seria necessária a disponibilização de materiais e equipamentos específicos para o caso, além de equipes cirúrgicas diferente, o que exige toda uma programação prévia. Por outro lado, considerando-se serem necessários os cuidados requeridos pelo anestesiologista, e não garantidos na unidade hospitalar, o paciente foi beneficiado pela não realização do procedimento naquelas circunstâncias. Com relação a não-maleficência, pode-se considerar que o paciente não foi exposto a um risco evitável para um procedimento eletivo, como decidiu o anestesiologista; ou, pode-se considerar que o paciente teve um dano no momento em que não obteve o tratamento que necessitava por uma decisão pessoal do anestesiologista.

O Parecer do CRM/RJ nº 138/2003 resolve que o anestesiologista só deve começar o ato anestésico se houver, no local, uma equipe capacitada a executar o ato proposto, desde que expressamente autorizado pelo cirurgião responsável.

O anestesiologista em questão, hipoteticamente, poderia responder por infração ao Código de Ética Médica atual nos seguintes artigos: Art. 32 "deixar de usar todos os meios disponíveis e cientificamente reconhecidos de diagnóstico e tratamento em favor do paciente", se for comprovado que não realizou a anestesia por motivação pessoal; ao Art. 87 "deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente", se não realizou nenhuma anotação justificando sua tomada de decisão.

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
2. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Parecer CREMERJ nº 138/2003*. Questões relativas ao início de ato anestésico sem a presença do cirurgião responsável pela equipe. Disponível em: <http://old.cremerj.org.br/skel.php?page=legislacao/resultados.php>

CASO 17.

Testemunha de Jeová
Autonomia
Beneficência

O anestesiologista recebe no ambulatório de consulta pré-anestésica uma paciente de 21 anos, com quadro de estenose de válvula aórtica e mitral severas, secundária cardiopatia reumática, complicada por hipertensão pulmonar. É indicada troca bivalvular. Paciente com desnutrição (peso 42 Kg). Apresenta insuficiência cardíaca CF II/4 e os seguintes exames: Hb 12,0; RNI 1,1; creatinina 1,0; plaquetas 175000. A mesma é testemunha de Jeová e recusa receber transfusão de sangue. Apresenta documento assinado e registrado em cartório manifestando essa sua vontade.

DISCUSSÃO

A questão da hemotransfusão em pacientes testemunha de Jeová é um clássico dilema ético que suscita discussões. Os anestesiologistas estão envolvidos na questão e devem participar diretamente dos processos decisórios envolvendo pacientes cirúrgicos. Aos pacientes adultos com plena capacidade de tomar decisões, devem ser feitas explicações sobre a natureza do procedimento, os riscos, benefícios e alternativas possíveis. Como já estabelecido, deve ser considerado o princípio da autonomia

do paciente e a decisão por ele tomada deve ser expressa, seja no consentimento informado, seja em documento protocolizado. A discussão com os pacientes deve ser encorajada e desenvolvida não só com o anestesiologista, mas com toda equipe de assistência. O parecer de um hematologista sobre as estratégias a serem adotadas é de fundamental importância. Tem-se utilizado tratamento com eritropoietina ou suplemento de ferro no período pré-operatório, o uso do DDAVP intra-operatório também tem sido uma alternativa útil. É importante o anestesiologista não minimizar o problema, nem radicalizar o discurso sob o risco de estar violando o princípio da justiça (discriminação). O recomendado é dividir o problema, ampliar a discussão e mostrar compromisso em tentar encontrar uma solução adequada.

O fato do anestesiologista simplesmente recusar-se a realizar o procedimento proposto, pode ser considerado um ato discriminatório? Uma discriminação religiosa? Afinal, o paciente assume todos os riscos, documenta a sua vontade e alega sua autonomia de decidir. O Código de Ética médica atual determina em seu capítulo I (princípios fundamentais) que "a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de qualquer natureza".

Os pacientes testemunha de Jeová não aceitam Concentrado de hemácias, sangue total, plasma, plaquetas. Sangue autólogo estocado também é recusado. Com relação a produtos fracionados como albumina, criopreciptado, fatores de coagulação a aceitação fica a critério do paciente. Aceitam a utilização do equipamento "cell saver", hemodiluição normovolêmica aguda, by-pass cardiopulmonar e diálise renal, desde que o circuito seja mantido em contato com o corpo do paciente.

Em face de um conflito ético momentaneamente sem solução, deve-se agir de acordo com o seu próprio ponto de vista moral.

Não se deve aceitar a recusa no caso de pacientes incapazes, o que inclui crianças, quando a transfusão for fundamental à manutenção da vida. O Parecer do CRM/PR nº 2382/12 destaca considerações do código de ética médica, quando em seus princípios fundamentais estabelece que: "o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente"; "o médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho". O citado parecer destaca ainda os seguintes artigos do Código de Ética Médica: art. 24 – é vedado ao médico "deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo"; art. 31 – é vedado ao médico "desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte"; art. 36 – é vedado ao médico "abandonar pacientes sob seus cuidados". Com relação aos pacientes que se neguem a receber transfusão de sangue a Resolução do CFM nº 1021/80 resolve que: em caso de haver recusa em permitir a transfusão, o médico, obedecendo a seu Código de Ética Médica, deverá observar a seguinte conduta - se não for iminente o perigo de vida, o médico respeitará a vontade do paciente ou de seus responsáveis, se houver, o médico praticará a hemotransfusão. O Parecer do CRM/PR nº 1072/98 considera que o art. 5º da Constituição federal trata dos direitos e garantias fundamentais do homem e o principal deles é a vida, da qual, aliás decorrem todos os demais.

A convicção religiosa, seja qual for, não pode induzir alguém ao suicídio nem permitir que o médico, ou qualquer outro cidadão, seja cúmplice na destruição do bem maior que a natureza concedeu ao homem, que é a sua vida. O citado parecer continua: "A religião, seja qual for, não pode pretender que o médico ignore as regras fundamentais da sua profissão, colaborando, com sua omissão, para o fim da vida de seu paciente, pouco importando que este se rebele contra suas decisões"; "o médico somente poderá eximir-se de realizar a transfusão de sangue em pacientes sob seus cuidados, se este, per si ou sendo menor, por seus responsáveis legais, manifestar sua recusa, não existindo, entretanto, risco de vida na demora do tratamento; aí sim, a escolha não é do médico e nem sua a responsabilidade de resultado futuro funesto".

Parecer do CFM nº 12/14 expõe o entendimento de que a Resolução do CFM nº 1021/80 necessita de adequações para a sua compatibilização com a evolução ética, moral, jurídica e científica, estabelecida no decurso das últimas décadas. Na atualidade, entende-se que o respeito a autonomia tem ganhado cada vez mais espaço nas discussões bioéticas.

A tabela ao lado resume a aceitação ou não de hemoderivados ou técnicas relacionadas por parte dos pacientes testemunha de Jeová.

TIPOS DE PRODUTO OU PROCEDIMENTO	ACEITA / RECUSA / DECISÃO PESSOAL	PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS
SANGUE TOTAL	RECUSA	
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	RECUSA	
PLASMA FRESCO	RECUSA	
PLAQUETAS	RECUSA	
CRIOPRECIPTADO	DECISÃO PESSOAL	
FATORES FRACIONADOS	DECISÃO PESSOAL	
ALBUMINA	DECISÃO PESSOAL	
ERITROPOETINA	DECISÃO PESSOAL	
FATOR VII RECOMBINANTE	ACEITA	NÃO PRODUZIDO A PARTIR DO SANGUE
“CELL SAVER”	DECISÃO PESSOAL	SE MANTIDO EM CIRCUITO CONTÍNUO
HEMODILUIÇÃO NORMOVOLÊMICA AGUDA	DECISÃO PESSOAL	SE MANTIDO EM CIRCUITO CONTÍNUO
“BYPASS” CARDIOPULMONAR	DECISÃO PESSOAL	CIRCUITO CONTÍNUO
DIÁLISE RENAL	DECISÃO PESSOAL	CIRCUITO CONTÍNUO
SANGUE AUTÓLOGO ESTOCADO	RECUSA	
TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS	DECISÃO PESSOAL	

O anestesiologista deve decidir sobre cada caso individualmente. Deve-se ampliar a discussão com a equipe cirúrgica, com os familiares e com a Comissão de ética da instituição hospitalar. Registrar a decisão em prontuário e respeitar a vontade do paciente até o momento em que for viável a manutenção da vida sem hemotransfusão, utilizando todos os meios disponíveis para ressuscitação volêmica e para manutenção da coagulação. O anestesiologista deve ter em mente que a decisão de realizar a hemotransfusão quando essencial para manutenção à vida tem amparo no Código de Ética Médica atual, quando o mesmo resolve, no art. 31 (já transcrito) e no art. 32 que é vedado ao médico "deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente".

Referência

1. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. *Clinical ethics in anesthesiology*: a case-based textbook. New York: Cambridge University Press, 2011.
2. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
3. _____. *Resolução CFM nº 1.021/1980*. Adotar os fundamentos do anexo PARECER, como interpretação autêntica dos dispositivos de ontológicos referentes a recusa em permitir a transfusão de sangue, em casos de iminente perigo de vida. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1980/1021>
4. _____. *Parecer CFM nº 12/2014*. Resolução CFM nº 1.021/80, que trata sobre a recusa pelos adeptos da Testemunha de

Jeová em permitir a transfusão sanguínea. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2014/12>

5. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. *Parecer CRM-PR nº 2.382/2012*. Paciente testemunha de Jeová – Recusa transfusão de sangue – Cirurgia – Responsabilidade profissional. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2012/2382>
6. _____. *Parecer CRM-PR nº 1.072/1998*. Transfusão de sangue – Testemunha de Jeová. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/1998/1072>

CASO 18.

Autonomia
Beneficência
Honorários médicos

Paciente 38 anos, com 37 semanas de gestação. Trata-se de uma gravidez bastante desejada e que apenas ocorreu após 4 tentativas de FIV (Fertilização in vitro). Faz a opção por cesariana eletiva e informa durante a consulta pré-anestésica o desejo de anestesia geral para o procedimento. Apresenta-se bastante ansiosa, relata experiência anterior muito ruim com anestesia regional e diz que tem muito medo de sentir dor. Mesmo sendo alertada sobre os riscos, continua inflexível e, ainda, oferece pagar um valor de honorários a mais ao anestesiologista pela anestesia geral.

DISCUSSÃO

O principalismo ou bioética dos princípios tenta buscar soluções para os dilemas éticos a partir de uma perspectiva aceitável pelo conjunto das pessoas envolvidas no processo por meio dos princípios relacionados. Todo princípio bioético apresenta uma perspectiva válida, porém parcial, das responsabilidades das pessoas que o utilizam. Cabe destacar que o principalismo foi pensado e desenvolvido numa sociedade caracterizada pelo pluralismo moral e para a solução de problemas concretos. O principalismo poderá fornecer razões e normas para agir, que

facilmente irão além dos sentimentos morais individuais do profissional de saúde. Nenhum dos princípios, porém, tem o peso suficiente para decidir prioritariamente em todos os conflitos morais, nenhum deles tem caráter absoluto. Vê-se no caso em tela, conflito entre a autonomia, a beneficência e a não-maleficência. Diante das novas perspectivas éticas, bioéticas e morais, a discussão aponta que o modelo de decisão médica baseado no respeito à autonomia parece ser o ideal, apesar da difícil articulação com os parâmetros clássicos que orientam a relação médico-paciente. No caso, é importante observar que se trata de uma situação eletiva e envolvendo uma paciente com plena autonomia na tomada de decisão. Outro ponto que merece análise é a questão do pagamento de honorário extra, em razão da aplicação de uma técnica específica de anestesia.

A partir de então, faz-se necessário transcrever elementos presentes no Código de Ética Médica (CEM) atual que podem ser devidamente aplicados. O capítulo I (princípios fundamentais) determina que "a natureza personalíssima da atuação do médico não caracteriza relação de consumo". No art. 66 determina que é vedado ao médico "praticar dupla cobrança por ato médico realizado". O anestesiologista não pode aceitar honorário extra ao respeitar o desejo da paciente de ser submetida a anestesia geral, ou seja, não pode praticar valores diferentes para diferentes técnicas anestésicas para o mesmo procedimento cirúrgico, não pode transformar seu ato médico em um produto de consumo, em que o cliente escolhe o que melhor relação custo/benefício lhe convier. O respeito a autonomia do paciente não pode estar vinculado ao pagamento diferenciado de valores de honorário. Assim como, o médico não pode aceitar valores de honorários extras (complementação) se for realizar a cobrança através de seguro saúde; nem pode aceitar qualquer pagamento se o procedimento for realizado pelo Sistema Único de Saúde.

Ainda sobre o CEM, o mesmo determina no art. 24 que é vedado ao médico "deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo"; no art. 31 determina que é vedado ao médico "desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte".

Neste caso, tratando-se de uma situação eletiva, o ideal é ampliar a discussão como toda a equipe médica, juntamente com a paciente e seus familiares. Pode-se e deve-se sim atender o desejo da paciente, tentando na medida do possível, minimizar os riscos, reforçando as explicações quanto as vantagens e desvantagens da técnica desejada. Frente a necessidade de promover a autonomia do paciente, cabe ao médico prover a informação, assegurar a compreensão e garantir a livre adesão. Muitas vezes, permanecem indeterminada a definição dos limites e benefícios da autonomia do paciente e da beneficência do médico. Aqui faz-se necessário destacar, como sempre recomendado, a importância da realização detalhada dos registros no prontuário médico.

Referência

1. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. Clinical ethics in anesthesiology: a case-based textbook. New York: Cambridge University Press, 2011.
2. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>

3. KIPPER, D.J., CLOTET, J. Princípios da beneficência e não maleficência. In: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM, 1998. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIprincipios.htm>
4. WANSSA, M.C. Autonomia versus beneficência. *Rev. Bioet*., 2011, v.19, n.1, p.105-17. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/611/627>

CASO 19.

Avaliação pré-anestésica
Exames pré-operatórios
Responsabilidade profissional

Paciente do sexo feminino, 17 anos, é submetida a uma septoplastia nasal eletiva. O procedimento é realizado sob anestesia geral balanceada (utilizado sevoflurano) sem intercorrências. No pós-operatório imediato, a paciente evolui bem, obtendo alta hospitalar no dia seguinte ao da cirurgia. Após 3 dias, ela apresenta um sangramento vaginal importante, procura atendimento médico de urgência e é diagnosticado um quadro de abortamento espontâneo. A paciente foi submetida a uma curetagem uterina. A mesma afirma que desconhecia seu estado gravídico e relaciona o abortamento à anestesia a que foi submetida na realização de uma cirurgia eletiva. Alega que durante às consultas realizadas antes do referido procedimento, não foi questionada quanto a possibilidade de estar grávida, nem orientada quanto ao risco de abortamento.

DISCUSSÃO

Uma das finalidades da avaliação pré-anestésica é identificar as reais condições clínicas dos pacientes submetidos a cirurgias eletivas, e, a partir daí, traçar estratégias para minimizar os riscos relacionados ao procedimento anestésico-cirúrgico. Diante do

problema relatado, pergunta-se se deveria então o anestesiologista solicitar exames de gravidez para todas as pacientes em idade fértil antes de submetê-las a anestesia de procedimentos eletivos? A resposta é não. Se os anestesiologistas adotarem como medida protetiva a solicitação de exames, cada vez mais a preparação dos pacientes cirúrgicos se tornará mais complicada e dispendiosa, ainda mais tratando-se de pacientes saudáveis. A tendência atual vai na direção oposta a essa, é a redução da necessidade de realização de exames pré-operatórios de rotina em pacientes de baixo risco submetidos a cirurgias de pequeno e médio porte. Trabalhos mostram que exames complementares são solicitados em excesso no pré-operatório, mesmo em pacientes jovens, de baixo risco, com pouca ou nenhuma interferência na conduta perioperatória. Exames laboratoriais padronizados não são bons instrumentos de *screening* de doenças, além de gerar gastos elevados e desnecessários.

Os benefícios da consulta pré-anestésica são por demais conhecidos. Faz-se necessário chamar a atenção sobre a responsabilidade do profissional que a realiza. O médico anestesiologista tem o dever prioritário de identificar riscos inerentes aos pacientes que avalia, e relacioná-los aos procedimentos propostos, e traçar estratégias, seja prescrevendo ou suspendendo medicamentos, seja solicitando equipamentos, medicamentos, exames ou materiais específicos que julgue necessários, seja solicitando reserva de vaga em unidade de cuidados intensivos para o pós-operatório ou de hemoderivados, seja alertando na própria ficha de avaliação sobre os eventuais riscos identificados; para promover a beneficência na assistência. O anestesiologista que realiza uma consulta pré-anestésica pode sim responder por uma possível infração ao Art. 1º do Código de Ética Médica (CEM) “causar dano ao paciente por ação ou

omissão...", nas vertentes negligência e imprudência, caso não identifique os riscos relativos e próprios para cada paciente adequadamente e/ou não tome medidas em prol de minimizá-los. Pode ainda responder por infração ao Art. 32 do CEM que determina ser vedado ao médico "deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e ao seu alcance, em favor do paciente".

É importante considerar ainda, a inexistência de evidência na literatura médica da relação entre anestesia geral e abortamento espontâneo. Ainda assim, é muito comum o adiamento de cirurgias eletivas em pacientes grávidas. Considera-se prudente na avaliação pré-anestésica a investigação e o registro da data da última menstruação. Em caso de atraso menstrual ou dúvida quanto à possibilidade de gravidez, questionar se a paciente deseja realizar o exame.

Relativo a avaliações pré-anestésicas, existem pareceres e resoluções vigentes, cujo conhecimento dos seus conteúdos torna-se útil.

O Parecer do CRM/MG nº 5623/15 conclui que: a obrigatoriedade de fazer a consulta pré-anestésica em consultório, independente do que motivou a indicação cirúrgica é eticamente aceitável; a avaliação pré-anestésica completa faz parte das estratégias de prevenção e detecção de incidentes. A Resolução do CFM nº 1802/06 enfatiza que antes da realização de qualquer anestesia, exceto em situações de urgência, é indispensável conhecer com a devida antecedência as condições clínicas do paciente e recomenda que, para procedimentos eletivos, seja feita avaliação pré-anestésica em consulta médica antes da admissão do paciente na unidade hospitalar. O Parecer do CRM/MG nº 5610/15 conclui que: em cirurgias eletivas, os exames pré-operatórios deverão ser feitos com a devida antecedência, não devendo os pacientes

serem internados sem a realização destes. Se o paciente não tiver exames pré-operatórios considerados necessários, o anestesiologista deverá suspender o ato anestésico até que eles sejam realizados; a ficha pré-anestésica deve constar em prontuário como parte integrante da ficha anestésica; se um efeito adverso ocorrer pela não realização de consulta pré-anestésica em cirurgias eletivas, o anestesiologista responde por seu ato, já que concordou com a realização de uma anestesia sem conhecimento prévio das condições clínicas e laboratoriais do paciente. O Parecer do CRM/PR nº 2421/13 conclui: avaliando-se os claros e importantes benefícios que a consulta pré-anestésica agrega aos procedimentos médicos realizados (...), este ato médico não deve ser dispensado em nenhuma situação, nem mesmo para os procedimentos obstétricos. A inobservância desta prática pode também ser considerada uma infração ética caso o médico obstetra deixe de encaminhar sua paciente para avaliação eletiva pré-anestésica, tornando-se por base o Código de Ética médica (art. 32).

Referência

1. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. *Clinical ethics in anesthesiology*: a case-based textbook. New York: Cambridge University Press, 2011.
2. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
3. _____. *Resolução CFM nº 1.802/2006*. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1802>

4. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. *Parecer CRM-MG nº 5.610/2015*. Consulta Pré-Anestésica é obrigatória. A Resolução CFM n.º 1802/2006 recomenda que esta consulta seja realizada antes da admissão na unidade hospitalar. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2015/5610>
5. _____. *Parecer CRM-MG nº 5.623/2015*. Consulta Pré-Anestésica em cirurgia eletiva é indispensável para segurança do ato anestésico-cirúrgico. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2015/5623>
6. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. *Parecer CRM-PR nº 2.421/2013*. Prática ato anestésico – Responsabilidade – Prazo para avaliação. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2013/2421>
7. SOARES, D.S. et al. Relevância de exames de rotina em pacientes de baixo risco submetidos a cirurgias de pequeno e médio porte. *Rev. Bras. Anest*. 2013, v.63, n.2, p.197-201.

CASO 20.

Abandono de Plantão
Ausência de substituto
Responsabilidade profissional

Anestesiologista único é plantonista de um hospital de emergência de pequeno porte, no qual a equipe é formada por um cirurgião, dois obstetras, dois clínicos e dois pediatras. É o primeiro plantão do anestesiologista nesse hospital, de forma que o mesmo não é conhecido pelos outros profissionais e não se apresenta aos demais médicos do plantão. É fato que a escala de plantonistas do hospital apresenta alguns plantões sem anestesiologista. No decorrer do plantão, o anestesiologista não é acionado no período da manhã. Posteriormente, no período da tarde, é admitida uma paciente gestante com 37 semanas, com história prévia de doença hipertensiva específica da gravidez, apresentando sangramento vaginal e dor abdominal, com útero endurecido, estável hemodinamicamente. É feito o diagnóstico de descolamento prematuro da placenta. É indicada cesariana pela obstetra, entretanto a informação que foi passada para a equipe é que não havia anestesiologista no plantão. Então, procede-se a transferência da paciente para uma outra unidade hospitalar. Não havia chefe de equipe médica e o diretor técnico da unidade não foi contatado. A paciente foi operada em outro hospital, porém houve óbito fetal. A mesma, então, faz denúncia pedindo apuração dos fatos. O anestesiologista alega que chegou às 7h

no plantão, assinou livro de ponto, permaneceu no hospital, no conforto médico durante todo o tempo, indo embora ao término do plantão, às 19h e que não foi acionado por nenhum membro da equipe médica em nenhum momento. Também não passou o plantão para o colega subsequente pois já era sabido que não havia anestesiologista no período noturno.

DISCUSSÃO

A Resolução CFM nº1451/95 resolve em seu art. 1º "os estabelecimentos de Prontos Socorros públicos e privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou outro nível de atendimento referenciado". Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento imediato. Em seu art. 2º determina que: "A equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas: anestesiologia; clínica médica; pediatria; cirurgia geral e ortopedia".

Entende-se, a partir da resolução acima, que o anestesiologista tem papel de enorme importância nos atendimentos de situações de urgência/emergência, portanto esse profissional deve estar disponível para intervir sempre que solicitado. Por prudência, o profissional deve, a cada plantão, apresentar-se ao chefe de equipe, quando este não existir, deve apresentar-se aos outros profissionais presentes. O profissional deve ter o entendimento

que a sua disponibilidade promove a beneficência e a sua ausência gera a maleficência àqueles pacientes que necessitam. Além disso, cada serviço deve estabelecer rotinas para que os médicos registrem sua presença no plantão, assim como, estabelecer rotinas de como os profissionais serão acionados em caso de necessidade, por telefone, por comunicação pessoal, por sistema de som (...). Se não há uma rotina pré-estabelecida, o médico deve procurar meios para registrar por escrito a sua presença em livro de ocorrência, inclusive registrando o horário de chegada e saída do plantão. No caso em questão, contribuíram para o problema, o fato de o anestesiologista ser novo no plantão, ou seja, não era conhecido pelo restante da equipe; não haver uma rotina de fluxo estabelecida; e, também, o fato de não ter passagem de plantão, segundo alegado, por falta de outros anestesiologistas no plantão anterior e posterior.

Segundo a Resolução CFM 2077/14, em seu art. 8º "É obrigatória a passagem de plantão, médico a médico, na qual o profissional que está assumindo o plantão deve tomar conhecimento do quadro clínico dos pacientes que ficarão sob sua responsabilidade". A Resolução do CRM/PB nº 136/08 resolve no art. 1º que: "Em situação de trabalho, nas quais ocorrem com frequência, e de maneira prevista, a falta de substituição aos médicos que exercem suas atividades em serviços de urgência e emergência, obrigando os mesmos a continuarem nos plantões, ficam estes com o direito de se recusarem à permanência nos referidos plantões, para com os quais não tinham assumido compromisso anterior". Parágrafo único: para o exercício do direito citado no caput o médico deverá, com antecedência de 72 horas do dia do plantão a ser assumido, protocolizar sua decisão junto ao CRM/PB e ao Diretor Técnico ou clínico da instituição. Essa conduta deve ser adotada pelos profissionais que, de forma recorrente, veem-se na situação de não haver um

substituto para sucedê-lo ao plantão. Importante frisar que o Código de Ética Médica no art. 7º determina que é vedado ao médico: “deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes...”; no art. 8º determina que é vedado ao médico “afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo que temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento dos seus pacientes internados ou em estado grave”; no art. 9º determina que é vedado ao médico “deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de justo impedimento”; no art. 55 determina que é vedado ao médico “deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho”.

Sabe-se que, por questões diversas, existe com uma frequente variável, ausência de anestesiologistas nas escalas de plantão em algumas unidades de saúde, como mostrado no caso relatado, onde vê-se inclusive que não havia passagem de plantão por que não havia anestesiologista (ausência já conhecida) no plantão anterior e nem no posterior. Pergunta-se então se o médico está obrigado a permanecer no hospital, dobrando sua carga horária, em todos os seus plantões em razão da falta constante de um substituto? Compreendendo que a composição das escalas médicas é de responsabilidade do diretor técnico da instituição (que nem sempre conseguem êxito pleno), parece adequado ao médico nessa situação seguir o que determina a Resolução do CRM/PB nº 136/08, ou seja, protocolizar sua decisão de não permanecer no plantão junto ao CRM e ao diretor técnico da instituição 72 horas antes (importante deixar claro que o médico apenas pode deixar o plantão nesse caso se no momento não existir nenhum paciente que necessite de seus cuidados, sob o risco de infringir ao art. 8º do CEM). No caso de uma

eventual (não habitual) falta do substituto o anestesiologista deve permanecer no plantão até que um outro profissional possa ser disponibilizado, sob o risco de infringir ao art. 9º do CEM.

Nesse tópico, faz-se necessária a abordagem de assuntos relacionados a plantão à distância (sobreaviso). A resolução do CFM nº 1834/2008 resolve em seu art. 1º: "Definir como disponibilidade médica em sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não-presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil". No art. 2º: "a disponibilidade médica em sobreaviso, conforme o art. 1º, deve ser remunerada de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico pelos procedimentos praticados". No art. 3º: "O médico de sobreaviso deverá ser acionado pelo médico plantonista ou membro da equipe médica da instituição, que informará a gravidade do caso, bem como a urgência e/ou emergência do atendimento, e anotará a data e hora desse comunicado no prontuário do paciente". A Resolução do CRM/PR nº 152/07 mostra entendimento semelhante com relação ao regime de sobreaviso.

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
2. _____. *Resolução CFM nº 1.451/1995*. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de

urgência-emergência, nos prontos-socorros públicos e privados. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451>

3. _____. *Resolução CFM nº 1.834/2008*. As disponibilidades de médicos em sobreaviso devem obedecer normas de controle que garantam a boa prática médica e o direito do Corpo Clínico sobre sua participação ou não nessa atividade. A disponibilidade médica em sobreaviso deve ser remunerada. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2008/1834>
4. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA. *Resolução CRM-PB nº 136/2008*. Aborda questões sobre o abandono de plantão. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/PB/2008/136>
5. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. *Resolução CRM-PR nº 157/2007*. Os plantões de sobreaviso constituem prática usual da organização de serviços médicos, devendo obedecer a normas rígidas de funcionamento para evitar prejuízos no atendimento à população e garantir a boa prática médica. O sobreaviso deve ser remunerado. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/PR/2007/152>

CASO 21.

Responsabilidade profissional
Anestesia ambulatorial
Complicação médica

Paciente 70 anos, hipertenso e diabético é admitido no centro cirúrgico de uma clínica oftalmológica para realização de facectomia sob sedação venosa associada a bloqueio loco-regional. Tem passado de 02 episódios de AVC, com moderada sequela motora. Antes do início do procedimento o paciente apresentava PA=220/130 mmHg. Após a sedação, os níveis tensionais caíram para 190/115mmHg e a cirurgia é iniciada. No final do procedimento o paciente apresentou quadro de agitação, desorientação e dificuldade na fala, sendo encaminhado ao CRPA. Posteriormente foi medicado com captopril, sublingual, e evoluiu com hipotensão e dessaturação na oximetria de pulso. Não obteve melhora do quadro, sendo então feita suspeita de AVC e solicitada ambulância UTI móvel para transferência para um hospital com maiores recursos. Após uma demora de 4 horas o paciente foi encaminhado em estado grave.

DISCUSSÃO

A resolução do CFM 1886/08 estabelece as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta

permanência. Define como internação de curta permanência todos os procedimentos clínico-cirúrgicos que, pelo seu porte dispensam o pernoite do paciente. Os procedimentos anestésicos permitem pronta recuperação do paciente e podem ser loco-regionais, com ou sem sedação, e anestesia geral com drogas de eliminação rápida. Quanto a classificação dos estabelecimentos, podem ser:

a) Unidade tipo I – consultório médico, independente de um hospital em que deve ser administrada anestesia local, sem sedação, em dose inferior a 3,5mg/kg de lidocaína;

b) Unidade tipo II – estabelecimento independente de hospital, que realiza cirurgias/procedimentos de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional (com exceção de bloqueio de neuro-eixo), com ou sem sedação, e deve contar com salas de recuperação, sendo obrigatória a referência de um hospital de apoio caso o paciente necessite de pernoite;

c) Unidade tipo III – estabelecimento independente, que realiza cirurgias/procedimentos de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral, podendo promover a internação por, no máximo 24 horas, sendo obrigatória a referência a um hospital de apoio;

d) Unidade tipo IV – é anexada a um hospital, podendo utilizar a sua estrutura e equipamentos de infra-estrutura, que realiza procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, realiza cirurgias com anestesia loco-regional e geral, não sendo prevista internação do paciente por mais de 24 horas.

A referida resolução determina como critério de seleção pacientes classificados como ASA I e ASA II; a extensão e localização do procedimento a ser realizado permitem o tratamento com internação de curta permanência; a não necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório; pessoa adulta, lúcida como responsável; aceitação,

pelo paciente, do tratamento proposto. E determina como contra-indicação: pacientes portadores de distúrbios orgânicos de certa gravidade; procedimentos a serem realizados são extensos; grande risco de sangramento ou de grande perda de volume; necessidade de imobilização prolongada no pós-operatório; procedimentos associados a dores que exijam a aplicação de narcóticos, com efeito por tempo superior à permanência do paciente no estabelecimento. A referida resolução estabelece que o procedimento deverá ser suspenso se o paciente se apresentar ao serviço sem um acompanhante responsável; e se o estabelecimento não apresentar as condições exigidas.

O caso em tela mostra, inicialmente, um paciente com uma patologia sistêmica descompensada e complicada, com histórico de 02 episódios de AVC prévios, portanto, um paciente classificado como ASA III, que não se encaixa nos critérios para realização de procedimentos em unidades de curta permanência do tipo II. Trata-se de uma cirurgia eletiva, a qual apenas deve ser iniciada com o paciente em sua melhor condição clínica possível visando a minimização dos riscos ao mesmo, uma vez que procedimentos cirúrgicos geram uma condição de estresse, de sobrecarga cardiovascular aos pacientes. O início de um procedimento eletivo com o paciente sem estar nas suas melhores condições pode caracterizar imprudência. A imprudência resulta da imprevisão do agente em relação às consequências de seu ato ou ação. Há culpa comissiva (que exige uma ação). Age com imprudência o profissional que tem atitudes não justificadas, sem ter cautela. É resultado da irreflexão, pois o médico imprudente, tendo perfeito conhecimento do risco e também ignorando a ciência médica, toma decisão de agir assim mesmo.

Observa-se que o paciente apresentou a complicação já no final do procedimento, sendo encaminhado ao SRPA num estado que

necessitava de maiores cuidados e melhor investigação diagnóstica, tentando encontrar o melhor suporte possível dentro das condições disponíveis. Entretanto, o paciente evoluiu de forma desfavorável e nenhuma conduta terapêutica foi tomada, nem nenhum exame foi realizado até a transferência para outra unidade após várias horas de espera. Se não havia possibilidade de realizar exames de bioimagem, nem existia unidade de terapia intensiva no local, deveriam sim, o anestesiologista e o médico assistente, empreenderem maiores esforços para dar suporte básico ao paciente, ao menos, garantir temporariamente a manutenção dos dados vitais. Além disso, deveriam proceder os devidos registros em prontuário das condições e das medidas e providências tomadas. O médico nunca deve abrir mão, diante de uma complicação ou resultado inesperado, de bem assistir o seu paciente, de registrar em prontuário (as condições do paciente, as suspeitas diagnósticas e todas as medidas tomadas em favor da paciente), de informar aos familiares (a ocorrência da complicação, as causas, a condição do paciente, as providências tomadas...), de acompanhar o paciente até o encaminhamento a outra unidade e continuar o acompanhamento, registrando em prontuário a sua presença e, quando possível, sugerindo condutas que possam contribuir para melhor desfecho do caso, mesmo o paciente estando em outra unidade hospitalar. Além de tudo, o médico não pode deixar de acompanhar o paciente até a resolução de todo o processo de internação hospitalar, afastando a possibilidade de abandono do paciente, elemento que pode ser utilizado para caracterizar negligência médica.

À luz de Código de Ética Médica atual, o anestesiologista pode sofrer uma demanda ética por possível infração ao art. 1º que determina ser vedado ao médico “causar dano ao paciente, por ação ou omissão (...)”, nas vertentes negligência e imprudência,

uma vez que permitiu o início de um procedimento cirúrgico eletivo em um paciente com patologia prévia descompensada, numa unidade cirúrgica inapropriada para aquele paciente, e por, após a complicação ocorrida, por não prestar a assistência necessária; e ao art. 32 que determina ser vedado ao médico "deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento em favor do paciente (...)".

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
2. _____. *Resolução CFM nº 1.886/2008*. Dispõe sobre as "Normas Mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência". Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2008/1886>
3. ÉTICA em ginecologia e obstetrícia. 4.ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2011. (Cadernos CREMESP)

CASO 22.

Responsabilidade profissional
Anestesia ambulatorial
Alta médica

Paciente 55 anos sem morbidades, foi submetido à colonoscopia com polipectomia intestinal sob sedação venosa, em um serviço day hospital*. O procedimento foi realizado sem intercorrências e após a recuperação o paciente foi liberado para casa queixando-se de leve desconforto abdominal. A alta foi realizada pelo anestesiologista que não fez nenhum registro referente a mesma. Posteriormente evoluiu com piora da dor abdominal o que motivou a procura a um serviço de emergência onde foi diagnosticada uma perfuração de alça, sendo submetido à correção cirúrgica da mesma. Alega possível negligência da equipe médica.*

DISCUSSÃO

A Resolução do CFM 1886/08 mostra que os elementos necessários para equipar uma sala de recuperação pós-anestésica das unidades de curta permanência, assim como estabelece critérios para as condições de alta hospitalar do paciente: orientação no tempo e no espaço; estabilidade dos sinais vitais há pelo menos 60 minutos; ausência de náusea e vômitos; ausência de dificuldade respiratória; capacidade de ingerir líquidos; capacidade

de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir; sangramento ausente ou mínimo; ausência de dor importante; ausência de retenção urinária. Estabelece que a alta do serviço será dada por um dos membros da equipe médica responsável.

O Parecer do CRM/PR nº 22992/11 resume o significado de alta como: nota ou licença dada pelo médico ao doente internado, autorizando sua saída do Hospital; autorização para o paciente sair do hospital; ordem médica que dá por terminado um tratamento ou internação hospitalar (...). Conclui que a alta médica está relacionada ao cuidado mais intensivo ao paciente, é um termo mais abrangente, sinônimo de liberação, podendo ser tanto de uma internação, quanto ao término de um tratamento ou atendimento, uma vez que não serão empregados novos atos diagnósticos ou terapêuticos.

No caso em tela, o anestesiologista foi o responsável pela alta hospitalar. Como membro da equipe que prestou assistência ao paciente, o anestesiologista está capacitado para fazer, entretanto, para minimizar o risco de possível implicação em complicações que não fazem parte dos procedimentos anestésicos, como nesse caso, deve realizar a avaliação completa do paciente e registrar em prontuário as condições do paciente, sua classificação na Escala de Aldrete Kroulik (EAK) e se existem ou não queixas por parte do paciente. Existindo queixas por parte do paciente, é importante contatar o médico assistente, responsável pela realização do procedimento e registrar a conduta do mesmo perante a solicitação, além de discutir sobre o melhor momento da alta hospitalar. Se não existem esses registros, pode ser interpretado que o paciente foi liberado de alta sem ser avaliado pelo médico. Considerando que a alta médica é um ato médico exclusivo da profissão, nesse caso em tela, pode ser interpretado como uma possível infração ao art. 62 do Código de Ética Médica determina que é vedado ao médico “prescrever

tratamentos ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realiza-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessando o impedimento"; além de infração ao art. 1º nas vertentes negligência e imprudência.

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
2. _____. *Resolução CFM nº 1.886/2008*. Dispõe sobre as "Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência". Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2008/1886>
3. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. *Parecer CRM-PR nº 2.292/2011*. Significado de Alta Médica – Obrigatoriedade de assinar alta em ficha de atendimento sem observação. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2011/2292>

CASO 23.

Anestesias simultâneas
Emergência
Responsabilidade profissional

Anestesiologista único no plantão, o colega faltou por motivo de doença, está prestando assistência a uma cirurgia eletiva pré-agendada, entretanto, chega no centro cirúrgico uma paciente com um quadro de prenhez ectópica rota, apresentando sinais de instabilidade hemodinâmica. O quadro é caracterizado como emergência pelo cirurgião. Diante do problema, o anestesiologista opta por realizar anestesias simultâneas.

DISCUSSÃO

A Resolução do CFM nº 1802/06 em seu art. 1º resolve que: "É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestesias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional". Não há dúvidas sobre a necessidade de obediência às resoluções do Conselho Federal de Medicina por parte dos médicos, entretanto, em algumas situações confrontam-se dilemas éticos, e faz-se necessária uma reflexão sobre o que é melhor, respeitando os princípios da beneficência, da não-maleficência, da autonomia e da justiça, diante de uma situação excepcional. O Código de Ética Médica em seu art. 33 determina que é vedado ao médico: "Deixar de atender paciente que procure seus cuidados

profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo". O Parecer do CRM/BA nº 13/14 conclui que: "Os serviços que atendem emergências cirúrgicas, devem contar com um anestesiologista em prontidão para dar assistência a pacientes que necessitem assistência emergencial". O Parecer do CRM/MG nº 5605/15 conclui que: "O(s) anestesista(s) disponível (eis) para os casos eletivos não tem a mínima condição de atender, ao mesmo tempo, as urgências/emergências. Até mesmo o anestesista da maternidade tem que ser exclusivo"; "Quem atende cirurgia eletiva não pode estar disponível para urgência/emergência"; "O anestesiologista plantonista da maternidade deve ser exclusivo e priorizar as urgências e emergências obstétricas"; "Compete à Diretoria Clínica e Técnica do hospital a responsabilidade sobre as escalas". A Resolução do CFM 1802/06 resolve em seu art. 2º: "é responsabilidade do diretor técnico da instituição assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança". O Parecer do CRM/DF nº20/15 conclui que: "o anestesiologista não deve assumir mais de um paciente ao mesmo tempo, em nenhuma hipótese ou circunstância, sob pena de colocar em risco a segurança dos pacientes..."; "se o cirurgião decide que os procedimentos cirúrgicos citados não podem, e não devem ser postergados, estes devem ser realizados imediatamente".

Portanto, está muito bem estabelecido que os serviços de urgência e emergência devem contar sempre com um anestesiologista disponível. Se a equipe não estiver completa, o recomendado é que os procedimentos eletivos não sejam iniciados até que um anestesiologista fique disponível para atender os casos de urgência/emergência, senão houver outro anestesiologista disponível no serviço, os procedimentos eletivos não devem ser realizados. Com relação ao caso em tela, deixa a

entender que a ausência do outro anestesiologista só foi informada após ser iniciado o procedimento eletivo. Segundo o que determina os pareceres e resoluções, a melhor conduta a ser adotada nesses casos é iniciar os procedimentos eletivos apenas com o outro profissional já presente no serviço, sob o risco de incorrer em infrações éticas. Situações extemporâneas, de exceção, como, por exemplo, a chegada no mesmo instante de duas ou mais casos de urgência/emergência no centro cirúrgico com um único anestesiologista, devem ser resolvidas de acordo com uma decisão conjunta de toda a equipe médica, priorizando sempre atender aquele paciente que potencialmente apresente maior necessidade, ou seja, de maior emergência. E sempre registrar não só as informações relativas a parte assistencial, mas também as condições em que a assistência foi prestada, as opções presentes no momento, os outros profissionais envolvidos na tomada de decisão e o que motivou a decisão. Informar e registrar também que a diretoria técnica ficou ciente do problema.

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica (2009/2010).* Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
2. _____. *Resolução CFM nº 1.802/2006*. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1802>
3. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. *Parecer CRM-DF nº 20/2015*. Anestesista único em plantão de urgência. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/DF/2015/20>

4. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA. *Parecer CREMEB nº 13/2014*. Os serviços que atendem emergências cirúrgicas devem contar com, pelo menos um anestesiologista em prontidão, para dar assistência apenas aos pacientes que necessitam de atendimento emergencial. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BA/2014/13>
5. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. *Parecer CRM-MG nº 5.605/2015*. Anestesista de casos eletivos não deve ser o mesmo disponível para urgência/emergência. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2015/5605>

CASO 24.

Obstetrícia
Reanimação neonatal
Responsabilidade profissional

Anestesiologista único no plantão de maternidade, presta assistência a uma paciente submetida a uma cesariana de urgência em decorrência de sofrimento fetal. No plantão daquele dia não havia neonatologista. O procedimento anestésico ocorre sem intercorrências, contudo, o recém-nascido, que é recepcionado por uma enfermeira, apresenta baixo Apgar e necessita de assistência médica. O anestesiologista então vê-se na obrigação de atender o recém-nascido (RN) enquanto assiste a paciente anestesiada.

DISCUSSÃO

O Parecer do CRM/SE nº 04/12 conclui que: "O médico bem formado é habilitado ao exercício da medicina em todas as suas áreas, não pode deixar de atender qualquer paciente que necessite de sua prestação de serviço, inclusive na carência de profissional especialista, no caso em questão, neonatologista, sendo falta de ética deixar de atender o recém-nascido na melhor forma possível e posteriormente comunicar ao Diretor Técnico a ausência do profissional habilitado, e se não for sanada a falha, comunicar ao CRM a falta ética do Diretor". O Parecer do CRM/PR

nº 1111/98 conclui que: “Em situação de emergência, todo médico deve prestar atendimento e utilizar de todos os meios disponíveis no local; dessa forma, não haverá qualquer responsabilidade por danos, até prova em contrário”. Importante observar que o anestesiologista tem capacitação profissional para realizar reanimação neonatal, oferecendo suporte básico e avançado. Inclusive esse é um dos tópicos de treinamento de Suporte Avançado à Vida em Anestesia (SAVA), programa de capacitação profissional mantido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Cabe ressaltar que o atendimento realizado ao neonato pelo anestesiologista deve acontecer apenas em situação de excepcionalidade, tratando-se de uma emergência médica.

Diversas situações atípicas podem acontecer na rotina de um plantão, o que desafia o médico e o obriga a tomar decisões difíceis, importantes e num espaço de tempo muito curto, principalmente quando ocorrem circunstâncias que fogem da normalidade, como essa descrita. Os ditames éticos condenam que o médico abandone paciente sob seus cuidados, mas ao mesmo tempo impõe que o médico dê assistência ao paciente em situação de emergência. Na situação de inexistência de neonatologista e emergência obstétrica, o anestesiologista deve priorizar o atendimento da gestante, contribuindo para resolução da situação inicial, e, se possível, um outro médico, seja anestesiologista, pediatra, cirurgião, clínico presente no plantão, deve ser acionado para ajudar na assistência do recém-nascido. Caso não seja possível a presença de outro médico, toda a equipe (anestesiologista, obstetras, enfermeiros...) deve tentar resolver a situação da assistência ao recém-nascido da melhor forma que encontrar, contando com os recursos disponíveis no momento, visando o bem-estar da genitora e do recém-nascido. Uma questão facilitadora nessa situação é que a assistência simultânea por parte do anestesiologista à paciente e ao RN ocorre na

mesma sala. É importante registrar todas as informações em prontuário, inclusive que o Diretor Técnico da unidade está ciente do problema.

O Parecer do CFM nº 07/11 e a Parecer do CRM/BA nº 07/10 expressam conclusões semelhantes: que toda a legislação no país aponta para a necessidade do pediatra/neonatologista estar presente na sala de parto, para o devido atendimento ao recém-nascido.

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Parecer CFM nº 07/2011*. É recomendável a presença do pediatra no atendimento do recém-nascido em sala de parto (centro obstétrico). Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2011/7>
2. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA. *Parecer CREMEB nº 07/2010*. Os dispositivos legais para o funcionamento do Serviço de Obstetrícia de um Hospital Geral inclui exigência de plantonista de Neonatologia para atenção em sala de parto. Disponível em: <https://sistecimas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BA/2010/7>
3. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. *Parecer CRM-PR nº 1.111/1998*. Assistência de recém-nato no Centro Cirúrgico. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/1998/1111>
4. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SERGIPE. *Parecer CREMESE nº 04/2012*. Como os anestesiologistas deverão proceder na ausência do neonatologista durante os procedimentos obstétricos

(cesariana e parto normal)? A quem cabe a responsabilidade do atendimento?. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SE/2012/4>

5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA. *Suporte avançado à vida em anestesia*. Rio de Janeiro: SBA, 2011.

CASO 25.

Anestesia para Ressonância
Responsabilidade profissional
Ausência de Radiologista

O anestesiologista é chamado para assistir a uma criança que necessita realizar uma Ressonância Magnética Nuclear de crânio durante um plantão noturno, sob a alegação de que o caso se trata de uma urgência. O médico radiologista não está presente no hospital. Então, procede uma anestesia inalatória sob máscara, o exame demora mais do que o previsto e por dificuldade técnica não pode ser concluído. O anestesiologista, então, resolve finalizar o procedimento alegando que o prolongamento excessivo do procedimento poderia comprometer a segurança do paciente. Os familiares do paciente mostram-se insatisfeitos com o atendimento.

DISCUSSÃO

O que se entende pelo princípio do bem-assistir é proporcionar ao paciente atendimento ao procedimento necessário expondo-o aos menores riscos dentro das condições possíveis e disponíveis. Entretanto, o que é considerado como disponível não pode ir de encontro ao que determina as resoluções e pareceres do CFM e dos Conselhos Regionais de Medicina. Sabe-se que procedimentos que necessitam de um prolongamento excessivo do ato anestésico

podem em algumas situações implicar em maiores riscos aos pacientes.

O Parecer do CFM nº 14/15 conclui que os exames de ressonância magnética são realizados mediante protocolos específicos para a suspeita diagnóstica e/ou para cada segmento corporal a ser examinado. Durante a realização dos exames com indicação de uso de contraste endovenoso, deve existir um médico disponível no serviço, mesmo que na sala de laudo. Quando necessária, a anestesia deve ser conduzida por médico anestesiologista, que deve acompanhar o paciente desde a indução anestésica até a recuperação pós-anestésica. Já o contraste deve ser administrado por profissional de saúde do serviço, sob orientação e supervisão de médico radiologista. O Parecer do CFM nº 38/01 conclui que: o anestesista não pode administrar anestesias para procedimentos realizados por não médicos (excetuam-se os odontólogos), anestesias não podem ser realizadas se administradas para testar qualidade de aparelhos, nem eficácia de drogas, nem valor de técnicas ou procedimentos novos; anestesias só podem ser realizadas para possibilitar o trabalho a ser realizado por médicos em condições de fazer cirurgias, de preferência por cirurgiões de habilitação confirmada, médicos incumbidos de realizar procedimentos dolorosos necessários para a restauração da saúde do paciente, médicos que interpretam a qualidade de exames realizados com vistas a esclarecimentos diagnósticos, e cuja presença se faz necessária para fins de confirmação da qualidade do exame, da necessidade de repetições, de injeções de contrastes (...), e, isto, só pode ficar a cargo do médico radiologista. O Parecer do CRM/MT nº 03/11 conclui que as presenças do anestesiologista e do radiologista na realização de exames de imagem, cada um atuando dentro da sua área de atuação, se complementam no atendimento ao paciente. A presença de um não exclui a do outro. Havendo falha nesta

interação, o maior prejudicado será o paciente. Portanto considera-se ético por parte da equipe de anestesiologista, a solicitação da presença do radiologista para proceder à execução dos exames radiológicos sob anestesia ou sedação.

Nessa discussão faz-se necessária a citação de outros pareceres, que expressam entendimento mais atual. A Resolução do CFM nº 2107/14 determina que: os serviços prestados de telerradiologia deverão ter infraestrutura tecnológica apropriada e obedecer às normas técnicas e éticas do CFM; que os serviços nos quais são realizados exames dos níveis 2 e 3 do anexo (onde se inclui TC e RMN) deverão obrigatoriamente contar com especialista local. Dessa forma, entende-se que os exames realizados com o acompanhamento com o anestesiologista, mesmo que o exame seja laudado em outra cidade, deverá existir um médico radiologista presente no local de realização do exame. O radiologista é o responsável técnico (realização, supervisão e interpretação) pelo exame e o anestesiologista é responsável pela segurança do paciente durante a realização do exame. O Parecer do CRM/PR nº 2496/15 determina que a capnografia é obrigatória quando o exame de RMN é realizado sob anestesia geral ou quando o paciente estiver na vigência de intubação traqueal ou máscara laríngea.

Com relação à realização de anestesia a profissionais não médicos, a Resolução do CFM nº 1950/10 elaborada conjuntamente com o Conselho Federal de Odontologia, resolve que: os médicos anestesiologistas só poderão atender solicitações para a realização de anestesia geral em pacientes a serem submetidos à cirurgia por cirurgião-dentista quando esta for realizada em hospital que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, conforme disposto na Resolução CFM nº 1802/06. A realização de ato anestésico cirúrgico-ambulatorial deve estar acorde com os critérios contidos na Resolução CFM nº 1886/08; ocorrendo óbito do paciente

submetido à cirurgia realizada exclusivamente por cirurgião-dentista, o atestado de óbito será fornecido pelo serviço de patologia, de verificação de óbito ou pelo Instituto Médico-legal, de acordo com a organização institucional local e em atendimento aos dispositivos legais.

Ainda sobre a questão da composição da equipe de assistência, faz-se útil a citação da Resolução do CFM nº 1490/98 - a mesma resolve que: a composição da equipe cirúrgica é da responsabilidade direta do cirurgião titular; que deve ser observada a qualificação de um auxiliar médico, pelo cirurgião titular, visando ao eventual impedimento do titular durante o ato cirúrgico; que o impedimento casual do titular não faz cessar sua responsabilidade pela escolha da equipe cirúrgica (...).

Referência

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 1.490/1998*. Dispõe sobre a composição da equipe cirúrgica e da responsabilidade direta do cirurgião titular. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1998/1490>
2. _____. *Resolução CFM nº 1.950/2010*. O Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Odontologia estabelecem, conjuntamente, critérios para a realização de cirurgias das áreas de buco-maxilo-facial e crânio-maxilo-facial. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2010/1950>
3. _____. *Resolução CFM nº 2.107/2014*. Define e normatiza a Telerradiologia e revoga a Resolução CFM nº 1890/09. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2014/2107>

4. _____. *Parecer CFM nº 38/2001*. Anestesia para tomografia – ausência do médico responsável pelo setor. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2001/38>
5. _____. *Parecer CFM nº 14/2015*. Realização de exame de ressonância magnética. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2015/14>
6. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MATO GROSSO. *Parecer CRM-MT nº 03/2011*. Conduta do Anestesiologista na condução de exames radiológicos na ausência do Radiologista. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MT/2011/3>
7. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. *Parecer CRM-PR nº 2.496/2015*. Capnografia – Sedação – Monitorização obrigatória – Ressonância Magnética. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2015/2496>

NOTA: As discussões dos casos clínicos presentes nesta obra refletem a opinião do autor.