



PARECER CREMEB Nº 54/08

(Aprovado em Sessão Plenária de 05/09/2008)

EXPEDIENTE-CONSULTA Nº 140.661/2007

- ASSUNTO:** 1. Recebimento de crianças de outros hospitais sem contato prévio
2. Decisão de que criança deve ir para a UTI
- RELATORA:** Cons^a. Ceuci de Lima Xavier Nunes

Ementa

É dever do médico transferente contato com a unidade de saúde a qual o paciente será encaminhado de preferência através da Central de Regulação.

Em caso de dois pacientes para ocupar uma única vaga de UTI, a decisão deve discutida entre os médicos que atenderam os pacientes, podendo ter a participação do intensivista. É fundamental a descrição detalhada da situação nos prontuários.

EXPOSIÇÃO

A consulente encaminha mensagem eletrônica na qual requer “*parecer do CREMEB frente a duas crianças com indicação técnica de UTI, mas apenas uma vaga. Quais os critérios para liberação da vaga? Uma criança estando na emergência e outra na enfermaria. Em ambas unidades há médico de plantão para assisti-las.*” Acrescenta que a unidade dispõe de diaristas na emergência e que na enfermaria há sempre um intensivista de plantão da unidade semi-intensiva.

PARECER



As questões colocadas expõem de forma incontestável os dilemas éticos dos profissionais médicos frente aos graves problemas do sistema de saúde, como a carência de leitos de UTI, a concentração de maiores recursos diagnósticos e terapêuticos nos grandes centros e a precariedade da comunicação entre os hospitais, minimizadas com a criação das Centrais de Regulação.

O Ministério da Saúde, através da Portaria 1101 de 12/07/2002, estabelece que o número de leitos hospitalares necessários para o atendimento à população é de 2,5 a 3 leitos para cada 1000 habitantes e que o número de leitos de UTI para grandes municípios e regiões deve corresponder a 4 a 10% de todos os leitos hospitalares.

Embora existam no sistema conselhal resoluções que tratam de alguns dos temas contidos nos questionamentos, é difícil responder a todas estas questões pontualmente, pois muitas vezes as decisões devem ser adotadas após avaliação de caso a caso e dependerão do funcionamento e de normas administrativas de cada instituição.

A luz destes documentos e de algumas reflexões baseadas no estudo do tema, tentaremos responder uma a uma as questões. A pesquisa na principal publicação sobre bioética do sistema conselhal, a Revista Bioética do CFM, se mostrou infrutífera, quanto à consulta referente ao dilema dos médicos de escolher qual o paciente que vai ocupar uma determinada vaga em UTI, quando existe mais de um necessitando.

Questão 1: as normas para a transferência inter-hospitalar estão contidas na RESOLUÇÃO CFM nº 1.672/2003, das quais destacamos os artigos e incisos que ajudam a responder a consulta formulada:

Art. 1º - Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:



II- Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.

IV- Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s).

V- Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.

VI- Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.

VII- Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.

VIII- A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor.

- a) a responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico.
- b) as providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.

Como vemos, cabe ao médico que vai transferir o paciente, o contato prévio com a unidade de saúde e a certeza da existência da vaga. Sabemos que este contato nem sempre é feito, as medidas iniciais de atendimento ao paciente para sua estabilização e início de tratamento não são tomadas o que coloca em risco a vida



dos mesmos. As motivações para estas condutas são variadas: a falta de condições na unidade de origem; o despreparo do profissional para lidar com algumas situações e a necessidade de “dividir” a responsabilidade com outros colegas.

Em caso da não existência de vaga para internação de crianças transferidas indevidamente, se após avaliação for verificado que o quadro esteja estável e a unidade de origem tenha condições de prover o atendimento necessário, a criança poderá ser devolvida. Entretanto, caso a unidade de origem não apresente condições de assistir a criança, deverá ser providenciada, através da Central de Regulação, vaga em outra unidade mais adequada.

A questão 2 é a mais complexa, pois não existe norma legal para servir de amparo ao médico para esta chamada “Escolha de Sofia”. A questão central é a não existência de vaga para todas as pessoas que necessitam de tratamento intensivo, primeiro pelo déficit de leitos e segundo pela utilização dos leitos existentes por pacientes considerados “fora de possibilidade terapêutica”, o que agrava ainda mais a questão. O próprio CFM demonstrando extrema preocupação com esta última questão e considerando: *“que nossas UTIs passaram a receber, também, enfermos portadores de doenças crônico-degenerativas incuráveis, com intercorrências clínicas as mais diversas e que são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com freqüência, pode-se alcançar plena recuperação, para os crônicos pouco se oferece além de um sobreviver precário e, às vezes, não mais que vegetativo. É importante ressaltar que muitos enfermos, vítimas de doenças agudas, podem evoluir com irreversibilidade do quadro. Somos expostos à dúvida sobre o real significado da vida e da morte. Até quando avançar nos procedimentos de suporte vital? Em que momento parar e, sobretudo, guiados por que modelos de moralidade?”*; publicou a RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006, estando com seus efeitos suspensos por decisão liminar do M. Juíz Dr. Roberto Luis Luchi Demo, nos autos da Ação Civil Pública n. 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal, movida pelo Ministério Público Federal).



Ementa:

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.

Inevitavelmente são os profissionais médicos, que pelo seu conhecimento e posição hierárquica que exercem na equipe de saúde, que vão ter nas mãos tão complexa decisão. Que critérios adotar? Vários critérios nos vêm à mente: a idade, a gravidade, se a doença é aguda ou crônica, o prognóstico a eficácia terapêutica. Neste caso são duas crianças com indicação técnica de atendimento intensivo que disputam uma única vaga. O local onde a criança está internada, se na enfermaria ou na emergência, não parece ser o critério mais adequado. Teoricamente a criança que está na emergência teria um acesso mais fácil aos cuidados médicos, entretanto o médico plantonista está ali para atender aos casos de emergência que chegam e na maioria das vezes não dispõe de tempo para uma assistência adequada a pacientes com necessidade de UTI.

A decisão de quem vai para a UTI deve ser uma decisão compartilhada com os médicos que assistem as duas crianças, observando os critérios de gravidade e perspectiva de melhora. O plantonista da UTI poderá ser chamado a contribuir na decisão, valendo-se da sua experiência enquanto intensivista. Nem sempre a decisão vai ser acertada, pode haver enganos, pois somos médicos e não deuses. O mais importante é que a situação, as decisões tomadas e as suas motivações estejam claramente descritas no prontuário médico das duas crianças.

CONCLUSÃO

O médico tem limitações na sua atuação, decorrentes de diversas condições, inclusive pela realidade difícil das unidades de saúde. É importante que esteja consciente destas limitações e deve compartilhar decisões com outros profissionais de saúde e outros colegas.

Cabe ao médico que vai transferir um paciente de uma unidade a outra a responsabilidade inicial de fazer o diagnóstico a assistência respiratória e hemodinâmica, além do contato com a unidade que irá receber o paciente, preferencialmente através da Central de Regulação. Em caso da não existência de vaga e após avaliação do paciente, estando o mesmo estável, poderá ser devolvido a unidade de origem, caso a mesma disponha de condições para prestar o atendimento adequado ao caso.

A resolução CFM nº 1.672/2003, é de extrema importância e necessita de uma maior divulgação entre os médicos.

A escolha de qual o paciente vai ocupar uma vaga de UTI, é uma decisão difícil e deve ser compartilhada entre os médicos que assistiram os pacientes, podendo ter a participação do médico intensivista. Qualquer que seja a escolha, a situação deve estar escrita em detalhes nos prontuários dos pacientes.

Este é o PARECER. SMJ.

Salvador (Ba), 28 de agosto de 2008.

Cons^a. CEUCI DE LIMA XAVIER NUNES

RELATORA