

PARECER CREMEB Nº 63/09
(Aprovado em Sessão Plenária de 02/10/2009)

Parecer Consulta Nº 142.193/07

Assunto: Assistência a pacientes críticos, monitorizados, em ventilação mecânica, mantidos em Unidade de Emergência por falta de vagas em Unidades de Terapia Intensiva.

Parecerista de vistas: Cons. Álvaro Nonato de Souza

Consulta:

Plantonista/ Neurologista gostaria de saber qual o procedimento correto no seguinte caso: pacientes que necessitam de CTI e que falta de vagas permanecem na sala de emergência entubados. Nestes casos a quem cabe a prescrição da sedação, geralmente realizada lá com Dormonit + Fentanil?

Ementa

A assistência direta aos pacientes críticos admitidos em Unidades de Emergências, intubados e sob monitorizações diversas, quando da falta de vaga em UTI ou em Unidades afins, compete especialmente ao médico plantonista. Ao médico assistente cabe o acompanhamento regular e a supervisão do atendimento. Aos gestores hospitalares, compete a interferência para garantir ao paciente a assistência em Unidades apropriadas no mais breve tempo possível e, principalmente, garantir a implementação de medidas orientadas a prevenção da ocorrência em análise.

Parecer

Considerações iniciais

Visando a adequação entre consulta e parecer, o parecerista de vistas se utilizou de contato com o consulente a fim de dirimir qualquer dúvida de interpretação. Tal contato, de natureza telefônica, confirmou a condição de plantonista ao consulente e definiu o ambiente próprio aos fatos relatados na consulta como sendo a Unidade de Emergência de determinado hospital público de Salvador – BA.

A dúvida, de fato, é: **quem deve prestar assistência a pacientes em ventilação mecânica, monitorizados, isto é, a pacientes que necessitem de suporte avançado de vida, mantidos em Unidades de Emergência por falta de vagas em UTI?**

Agora cabe analisar sucintamente as condições que se postam na origem do cenário descrito pelo consulente. O paciente criticamente enfermo que é admitido na Unidade de Emergência sob as condições listadas na consulta torna-se invariavelmente alvo de medidas terapêuticas conhecidas como 'suporte avançado de vida'. São elas: ventilação mecânica, monitorização cardiológica, oximetria, avaliação hemodinâmica, diagnóstico e tratamento de disfunções orgânicas, investigação diagnóstica (exames laboratoriais, radiológicos ou de outra natureza), entre outros cuidados próprios a pacientes dessa natureza. Ressalte-se de antemão que, neste contexto, 'sedação' não constitui medida terapêutica isolada como se pode entender do texto do consulente, merecedora, portanto, de prescritor especial. Antes, o recurso constitui medida de suporte aos demais itens do tratamento dispensado ao paciente crítico, em particular, aos cuidados ventilatórios por meio de ventilação mecânica, devendo, por conseguinte, ser de domínio de qualquer médico que atue nessa faixa de gravidade.

A situação descrita pelo consulente, quando se apresenta, o faz devido a três razões básicas:

1. Falta de vaga na Unidade de Terapia Intensiva ou em outras Unidades próprias para o manuseio de pacientes críticos;
2. Impossibilidade, ou retardo, na transferência do paciente para outra Unidade Hospitalar;
3. Inexistência de condições clínicas para transporte ou transferência.

Responsabilidade direta

Configurando-se, portanto, a permanência do paciente em tais condições no Setor de Emergência (conforme apontado pelo consulente), situação que, aliás, pode perdurar por intervalos variados de tempo - de minutos a horas, ou mesmo dias – os cuidados dispensados devem obedecer ao padrão assistencial do tipo ‘vigilância contínua e presencial’. Logo, em qualquer dos setores hospitalares onde tal situação venha a ocorrer o profissional médico responsável há de ser aquele que guardar atribuições institucionais compatíveis com o padrão assistencial descrito acima. Assim sendo, se os fatos acontecem no Centro Cirúrgico, a responsabilidade deve recair sobre o anestesiológista (conforme Expediente Consulta Nº 103.155-04 do CREMEB); se nas Unidades de Internação, o profissional passa a ser o médico plantonista, também conhecido como médico de guarda; se na Unidade de Emergência, também o médico plantonista, mais modernamente denominado, emergencista. Ressalte-se que é conceito emergente o fato de que o emergencista deve possuir as mesmas habilidades do intensivista posto que a intervenção precoce e adequada interfere na morbimortalidade dos pacientes graves, independentemente do local de atendimento. ”

Responsabilidade do médico assistente

Nesse contexto, qual o papel do médico assistente? Inicialmente vale lembrar que, em geral, o médico assistente como o designamos, se refere ao profissional que assume responsabilidades sobre o paciente durante o tempo em que perdurar o internamento, estabelecendo com ele relação

mais estável e duradoura. Logicamente, a mudança de um para outro médico assistente é possível, ocorrendo principalmente quando há mudanças diagnósticas ou dificuldades na relação médico-paciente. Normalmente, o médico assistente só assume responsabilidades sobre pacientes do tipo analisado neste texto uma vez identificada a especialidade médica relacionada à etiologia do quadro apresentado, e, após a adoção de medidas iniciais de 'ressuscitação'. Claro, às vezes a identificação do médico assistente ocorre no momento da admissão, isso devido a vínculos anteriores ou facilidades diagnósticas. De qualquer modo, uma vez identificado, acionado e presente, qual deve ser a participação do médico assistente no curso do atendimento? Em primeiro lugar: supervisão geral do atendimento, cabendo-lhe principalmente as decisões maiores, como por exemplo, indicação e/ou realização de procedimentos cirúrgicos, recomendação de métodos diagnósticos sofisticados, e assim por diante. Também lhe competem: a comunicação eficiente com familiares e/ou responsável legal pelo paciente - informando-lhes adequadamente sobre o curso do atendimento - e a intermediação frente ao Hospital e seu corpo diretivo no sentido de assegurar a transferência do paciente para setores hospitalares ou outras instituições onde seja possível a garantia de cuidados mais apropriados. Naturalmente, a interferência do médico assistente no cuidado pormenorizado ao paciente (exemplo: escolha, dosagem e intervalo de drogas) não pode de modo algum ser obstaculizada, cabendo, aí, no entanto, discussão ética e cientificamente madura, entre este e o plantonista, no intuito de oferecer sempre o melhor ao paciente, devendo-se considerar ainda normas, protocolos e rotinas adotadas pelo setor.

Responsabilidade dos gestores hospitalares

A propósito da responsabilidade atribuída aos gestores hospitalares, no caso em tela, é preciso ficar claro que esta não se restringe apenas às medidas de apoio à situação concreta. Cabe-lhes, principalmente, a definição de estratégias assistenciais e administrativas que visem a prevenção ou, em última análise, a redução de tais ocorrências. Estas medidas podem ser: elaboração de sistemas de gerenciamento de leitos que garantam sua rotatividade e maior disponibilização; aumento do número de vagas de terapia intensiva e expansão de setores hospitalares frente a análise de

demanda; elaboração de protocolos que visem o atendimento agilizado e racionalizado; monitoração da qualidade da assistência, garantia de recursos diagnóstico-terapêuticos adequados; capacitação profissional adequada; tudo isso para que se cumpra o estabelecido nos artigos do Código de Ética Médica que tratam da atenção ao paciente. Ainda a este pretexto, vale ressaltar a importância dos instrumentos normativos internos (manuais, fluxos, regimento interno, comunicações internas, portarias, etc.) onde devem constar, por exemplo, as definições institucionais para casos semelhantes, entre outras medidas, ressaltando inclusive o papel determinante dos gestores (coordenadores de Unidades e corpo diretivo) em situações dessa natureza.

Qualificação da assistência

Uma palavra sobre a capacitação dos profissionais responsáveis pelos pacientes sob as condições estudadas aqui. Independentemente do setor hospitalar onde se dê a ocorrência, a capacitação do médico responsável pelo doente deve ser aquela de lhe propiciar o melhor atendimento possível. Em se constatando déficit de formação, é preciso que os médicos assumam o compromisso de corrigi-la, mas também é necessário que os gestores lancem mãos de mecanismos de qualificação tais como: processo seletivo criterioso, elaboração e aplicação de atividades de educação permanente (cursos especiais, liberação para congressos e outras atividades do gênero) avaliação de desempenho; e outros. Não se deve esquecer que a desatenção a tais medidas pode se configurar como quebra de compromisso com a qualidade da assistência e segurança do paciente. No que tange aos profissionais que atuam nas Unidades de Emergência, públicas ou privadas, é bom pontuar que não mais se admite que lhes falte a formação voltada para a atenção a pacientes que requerem suporte avançado de vida - obviamente que tal preparo não prescinde do auxílio dos demais membros da equipe de saúde e de outros especialistas médicos.

Conclusão

Finalmente pode-se dizer que a responsabilidade pela adoção de medidas preventivas e corretivas relacionadas à situação exposta pelo consulente se distribui entre médicos plantonistas, médicos assistentes e gestores hospitalares. Pontualmente, concluímos que a assistência direta ao paciente em tela deva ser assegurada principalmente pelo médico plantonista devidamente qualificado. Em paralelo, é preciso que se defina tão cedo quanto possível o médico assistente a fim de se garantir ao paciente o atendimento contínuo e horizontalizado. Aos gestores hospitalares por sua vez cabem medidas administrativas e assistenciais capazes de assegurar ao paciente o melhor da capacidade médica e institucional enquanto durar o atendimento, mas, principalmente, implementar esforços no sentido de conferir a menor durabilidade possível ao fato e prevenir ocorrências do gênero.

Salvador, 04/08/09

Este é o parecer, SMJ

Cons. Álvaro Nonato de Souza

Relator