

PARECER CREMEB 22/11

(Aprovado em Sessão Plenária de 20/09/2011)

EXPEDIENTE CONSULTA Nº 201.740/2011

ASSUNTO: Possibilidade de outro cirurgião que se faça presente no Centro Cirúrgico dar continuidade a realização de ato cirúrgico, quando do final de plantão do profissional que deu início ao procedimento.

RELATOR: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses

EMENTA

Não Constitui infração ética a continuidade de realização de ato cirúrgico por outro cirurgião que se faça presente no Centro Cirúrgico, quando do final de plantão do profissional que deu início ao procedimento. Mantêm-se a responsabilidade solidária entre cirurgiões. Devem-se observar as cautelas específicas quando da transferência do ato médico.

EXPOSIÇÃO

O consulente encaminha mensagem eletrônica com algumas considerações concluindo por solicitar parecer nos seguintes termos: "***É lícito, do ponto de vista deontológico, ao cirurgião (posto que médico) abandonar o ato operatório que iniciou, transferindo sua conclusão a outro cirurgião, sob a justificativa de que terminou o seu horário de plantão, à revelia do paciente ou de seu representante legal?***"

Entre as suas considerações o consulente observa: "*Do mérito estão excluídas as superveniências de força maior, em face das quais o cirurgião pode transferir a terminação do ato operatório a um componente da equipe cirúrgica (primeiro ou segundo assistente) ou mesmo a outro cirurgião que se faça presente no Centro Cirúrgico.*"

PARECER

Na presente consulta observa-se que a dúvida surgiu a partir do trabalho médico como plantonista de unidade de atendimento, supõe-se, em unidade de urgência e emergência, na qual o médico assume

compromisso de jornada de trabalho com carga horária definida. Hipótese esta distinta da situação de procedimento eletivo para a qual o médico e o paciente celebram contrato para a execução de determinado procedimento, não restando dúvida de que o cirurgião que assume o compromisso de realizá-lo deverá conduzi-lo até o final, exceto quando houver impedimento, conforme preconizado na **Resolução CFM nº. 1.493/98** que resolve.

1 - Determinar ao Diretor-Clínico do estabelecimento de saúde que tome as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta.

2 - Determinar que nas cirurgias eletivas o médico se assegure previamente das condições indispensáveis à execução do ato, inclusive, quanto a necessidade de ter como auxiliar outro médico que possa substituí-lo em seu impedimento.

Por óbvio que todo paciente tem o direito a um médico assistente conforme determina a norma acima, no entanto, a hermenêutica nos permite interpretar o texto em sentido amplo podendo admitir que “o médico assistente responsável” possa ser ampliado para “equipe médica responsável”, uma vez que a assistência em equipe hoje é festejada ante as características da prática contemporânea.

Entendimento similar é o esposado por Bruno Torquato de Oliveira Naves e Maria de Fátima Freire de Sá in "Da Relação Jurídica Médico-Paciente. Dignidade da pessoa humana e autonomia privada": “O caráter associativo das pessoas, fazendo com que uns dependam dos outros, por necessidades várias, faz da vida um valor (tanto nas sociedades que se julgam mais evoluídas, quanto naquelas mais rudimentares)”. Sobre a interpretação das normas devemos nos valer dos ensinamentos deixados pelo Professor Josaphat Marinho, em artigo no qual faz breve análise sobre o novo Código Civil brasileiro, que se encaixam na assertiva acima, “A cultura jurídica, como toda cultura de um povo, é a acumulação de aquisições ao longo do tempo. Ao lado das formações que se excluem há as que se compatibilizam e, transformadas ou aperfeiçoadas, se completam, subsistindo renovadas. Por isso mesmo, o radicalismo de pensamento é inconciliável com a análise dos códigos.” (Grifado).

Não é outra construção hermenêutica do Professor Ricardo Maurício Freire Soares citando Miguel Reale, em sua obra "Curso de Introdução ao Direito"¹, "*Seguindo a lição de Miguel Reale, pode-se dizer que o Direito enquanto experiência ética de harmonização dos comportamentos humano, é concebido como uma atualização crescente de Justiça, através da realização dos valores que, no plano histórico-cultural, possibilitem a afirmação de cada ser humano segundo as virtudes socialmente aceitas. Todo Direito deve ser, portanto, uma tentativa do Direito Justo, o que evidencia a dimensão do calor e o sentido humanístico da vida jurídica.*"

De outra banda eis o pensamento de Tábata Duarte Lage Cazorla. *RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: UMA VISÃO JURÍDICA*². "*De todo o exposto, é possível comprovar a complexidade da relação médico-paciente, colocando à prova os inúmeros conceitos jurídicos destinados a regulamentar esta relação. A vida é sempre mais complexa do que as leis – eis aí a dificuldade. Entretanto, as mudanças ocorridas na medicina e os direitos dos pacientes vem exigindo, cada vez mais que os médicos procurem se colocar acordes, senão com as leis, pelo menos com os princípios delas emanados, a fim de serem capazes de defender a nobre profissão que exercem.*" (Grifado).

Portanto, resta-nos o entendimento de que devemos interpretar as normas à luz do conhecimento, da evolução da sociedade e do pragmatismo afastando-se da visão dogmática.

Também admite a tese do trabalho em equipe o Professor Genival Veloso de França (Processo Consulta Nº 05/96 do CRM-Pb), "*Desse modo, o estabelecimento de saúde que mantém um serviço de cirurgia está obrigado a manter um sistema de plantão permanente, por 24 horas, no sentido de prestar aos pacientes atendimento de urgência e emergência, se possível, com a anuência e a concordância do médico operador daquele caso.*"

¹ Editor JusPodivm, 2009.

² <http://www.homerocosta.adv.br/cpanel/arquivos/Artigo%20%20Rela%C3%A7%C3%A3o%20M%C3%A9dico%20paciente.pdf>.

Acessado em 04-JUL-2011.

É impossível isolar a dúvida trazida a lume. Em se concordando com os argumentos do consulente, poderemos inviabilizar o atendimento nas unidades que se dedicam ao atendimento das urgências e das emergências ampliando a demanda reprimida nos centros cirúrgicos, devendo, portanto a análise ser devidamente contextualizada com o pragmatismo necessário a esta avaliação.

Frise-se que admitindo a possibilidade em sentido oposto ao entendimento do consulente podemos adotar como subsídio da doutrina jurídica a excludente de ilicitude, ou melhor, enquadrando-se ao tema “excludente de antieticidade”, sem haver, contudo excludente de responsabilidade.

O Professor Leonardo Vieira Santos, em sua obra “Responsabilidade Civil Médico-Hospitalar e a Questão da Culpa no Direito Brasileiro”³, cita Fernando Noronha: *“Noronha, a propósito, menciona o clássico exemplo dos dois naufragos e da tábua capaz de suportar apenas um deles, sendo que o que consegue salvar-se “causa” a morte do outro em estado de necessidade.*

Note-se que se o morto por afogamento não tiver culpa no que tange ao naufrágio, o indivíduo que se salvou poderá ser compelido a indenizar civilmente a família do que morreu, a despeito de não se lhe poder atribuir a prática de um ato ilícito, o que confirma a diferença entre as excludentes de ilicitude e de responsabilidade.”

Podemos transpor para o caso em exame o ensinamento acima. O cirurgião que ao final da jornada de trabalho transfere a continuidade de um ato cirúrgico não está se desincumbindo da sua responsabilidade. Se decorre da indicação cirúrgica um equívoco de diagnóstico e de conduta este será responsabilizado. Em hipótese contrária se houver dano decorrente das condutas adotadas pelo seu substituto este será o responsável. Podemos então considerar um exemplo de responsabilidade que não se presume devendo ser atribuída aos protagonistas do fato que porventura venha a causar dano ao paciente. A questão está em se identificar pelos elementos disponíveis no prontuário o momento no qual houve o ato que venha de encontro à boa prática médica.

É o que está normatizado no Código de Ética Médica/2009 em seu artigo 3º:

³ Editora JusPodivm, 2008.

É vedado ao médico: Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Como é cediço, hodiernamente os médicos suportam inúmeras atividades ante a necessidade de se tentar cobrir as necessidades em uma sociedade capitalista e a remuneração insuficiente em todos os setores. Digno de nota o dado do trabalho apresentado pelo Conselho Federal de Medicina, “O Médico e o seu Trabalho. Aspectos metodológicos e resultados do Brasil”, de 2004, que nos traz dados significativos. Dos médicos pesquisados 43,9% exercem entre 3 e 4 atividades e que 11,5% tem 5 ou mais atividades⁴, donde pode se inferir que a situação colocada à discussão não é mera hipótese, mas a vida real do médico médio brasileiro.

Existem circunstâncias nas quais o paciente dirige-se, ou é referenciado, para unidade de atendimento na qual será atendido pela equipe de plantão. Quando há necessidade de qualquer procedimento, este é indicado e realizado, com o devido consentimento do paciente ou de seu representante legal. Mas sempre com a equipe disponível no momento. Afinal a continuidade do atendimento ficará a cargo das equipes subsequentes, que dentro de rotinas e protocolos não deverá permitir interrupção ou qualquer forma de restrição à atenção ao paciente.

Nesta senda, a **Resolução nº. 1.490/98** do Conselho Federal de Medicina dispõe sobre a composição da equipe cirúrgica e da responsabilidade direta do cirurgião titular, *in verbis*:

Art. 1º - A composição da equipe cirúrgica é da responsabilidade direta do cirurgião titular e deve ser composta exclusivamente por profissionais de saúde devidamente qualificados.

Art. 2º - É imprescindível que o cirurgião titular disponha de recursos humanos e técnicos mínimos satisfatórios para a segurança e eficácia do ato.

⁴ <http://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/o%20mdico%20e%20o%20seu%20trabalho%20-%20brasil.pdf>. Acessado em 10-JUL-2011.

Art. 3º - ...

Art. 4º - Deve ser observada a qualificação de um auxiliar médico, pelo cirurgião titular, visando ao eventual impedimento do titular durante o ato cirúrgico.

Art. 5º - O impedimento casual do titular não faz cessar sua responsabilidade pela escolha da equipe cirúrgica. (Grifado)

Considerando que os atos de cirurgião e anestesiológico se completam e neste particular são semelhantes guardando estreita relação, pode-se aplicar subsidiariamente entendimento do Egrégio Conselho Federal de Medicina sobre a matéria, “substituição de médico em procedimento especializado”. Vejamos o que nos traz a **Resolução CFM nº. 1.802/2006**, que dispõe sobre a prática do ato anestésico. No anexo I, item 2 a citada norma determina que entre a documentação da anestesia a **Ficha de Anestesia** é parte indispensável contendo entre outros itens:

a. Identificação do(s) anestesiológico(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o procedimento. (Sem grifos no original).

CONCLUSÃO

Em uma análise perfunctória da situação apresentada na consulta poderíamos considerar a ocorrência de abandono por parte do cirurgião responsável, mas necessário considerar o que de fato se configuraria como abandono, que culmina em muitos casos em infração ética de extrema gravidade.

Abandono é menosprezo com a vida alheia, inadmissível ética, moral e legalmente.

Assim, partindo-se da premissa, da qual não podemos tangenciar, **término da jornada de trabalho e substituição do cirurgião por outro igualmente capacitado para o procedimento em curso**, não se mostra possível tratar a questão como referido no texto da consulta “*abandonar o ato operatório*”.

Superada tal assertiva, entendemos eticamente possível outro cirurgião que se faça presente no Centro Cirúrgico dar continuidade a realização de ato cirúrgico, quando do final de plantão do profissional que deu início ao procedimento.

Obviamente que existem situações em que tal substituição tornar-se-á impossível de ser realizada, cabendo-nos citar a título meramente exemplificativo, intenso sangramento de difícil controle, e neste caso a prudência desaconselharia tal prática.

Com estas considerações sendo, em tese, eticamente admissível tal procedimento algumas recomendações se fazem necessárias:

1. Que seja informado ao responsável pelo paciente, sempre que possível.
2. Que o cirurgião que irá assumir a continuidade do procedimento concorde com a troca de equipe.
3. Que o cirurgião que iniciou o procedimento faça avaliação da oportunidade desta transferência.
4. Que durante a transferência, sejam transmitidas ao sucessor as informações relativas ao procedimento.
5. Que sejam registradas em prontuário, especialmente na descrição cirúrgica, as informações necessárias a avaliação das responsabilidades.
6. Que seja garantida a segurança e o bem estar do paciente, razão primeira da arte médica.

Assim como a ciência que diante de tal procedimento ter-se-ia a configuração de responsabilidade solidária, clama-se ainda pelo senso e ponderação nestas situações excepcionais.

Este é o **PARECER**. SMJ.

Salvador (Ba), 28 de julho de 2011.

Cons. JOSÉ ABELARDO GARCIA DE MENESES

RELATOR