



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

**PARECER CREMEB Nº 33/12**  
(Aprovado em Sessão Plenária de 23/10/2012)

**EXPEDIENTE CONSULTA Nº. 214.608/11**

**ASSUNTO:** Implicações éticas da conduta profissional de médico, único plantonista da unidade, quanto a acompanhar, ou não, o paciente grave em transferência inter-hospitalar.

**RELATOR:** Cons. Augusto Manoel de Carvalho Farias

**Ementa:** Um médico plantonista, único no hospital, só deve ausentar-se para efetuar transporte se previamente substituído no hospital de origem. Na impossibilidade técnica da transferência ocorrer no cumprimento da norma preconizada na Resolução CFM Nº 1.672/03, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem. O Diretor técnico deve ser acionado e compartilhar as decisões e responsabilidades inerentes a estas situações de exceção.

**CONSULTA**

O consultante sendo plantonista **único** em unidade hospitalar de pequeno porte, cujas atribuições incluem pacientes internados e de pronto atendimento em urgências e emergências, questiona se incorre em erro ético profissional/negligência por não acompanhar paciente em estado grave em transferência para unidade de maior complexidade.

**FUNDAMENTAÇÃO**

Quanto às obrigações do médico plantonista ou médico de guarda, o nosso Código de Ética Médica orienta que é vedado ao médico:

“Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.”

“Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.”

“Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.”

“Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.”



Em referência a relevância desta situação o Conselho Federal de Medicina pronunciou-se com resolução específica que norteia o transporte inter-hospitalar sob o ponto de vista da assistência ao paciente. Foi considerado que os procedimentos e orientações nas ações de transferência da rede hospitalar devem ser supervisionados por médico, não podendo este se omitir na sua função tutelar da vida como bem indisponível. A Resolução CFM nº. 1672/2003, trata exatamente sobre o transporte inter-hospitalar, dispondo de forma clara e objetiva as suas diretrizes conforme transcrito abaixo:

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

I - O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.

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.

III - Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. **Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem (gn).**

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.

...

Art. 2º - Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas.



A transferência de pacientes entre unidades hospitalares pressupõe a continuada assistência à saúde do paciente, sob supervisão médica, quer pelo médico assistente transferente, quer pelo médico receptor. Pressupõe a não interrupção do direito continuado de assistência à saúde do paciente, seja por razões objetivas (falta de estrutura técnica para o atendimento, equipamentos, etc.), seja por razões subjetivas.

Ressalte-se, nesta conduta médica, a responsabilidade do Diretor Clínico e Técnico, de ambas as unidades, tanto da unidade hospitalar transferente, quanto da unidade hospitalar receptora.

O ato de transferência inter-hospitalar de paciente tem notória característica de responsabilidades civil, penal e ética médica.

O transporte de pacientes através de ambulâncias, com os equipamentos necessários e a competente classificação do veículo de transporte (Ambulância tipo A a F), está devidamente estabelecida pelas Resoluções CFM nº. 1.671/2003 e nº. 1.596/2000 (transporte aeromédico), além de normatização específica do Ministério da Saúde (Portaria MS 2048-GM).

Portanto, acaso descumpridas as disposições supracitadas, outras possíveis transgressões poderão ter ocorrido ao Código de Ética Médica (resolução CFM nº. **1.931/09**), dentre as quais destacamos:

Art. 1º **Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável** como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida

“Art. 17. Deixar de cumprir, **salvo por motivo justo**, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.”

Art. 18. **Desobedecer** aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina **ou desrespeitá-los**.

Art. 22. **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**.

“Art. 31. 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. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, **cientificamente reconhecidos e a seu alcance**, em favor do paciente.

Oportuno destacar, a Resolução CFM nº. 1352/1992, que nos seus artigos 1º e 2º determina a responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico do estabelecimento hospitalar para o cumprimento dos princípios éticos e assegurar condições técnicas de atendimento.

A Central de Regulação intermedia, para os pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, sendo esta sua atribuição. Analisa as necessidades



do paciente, confere sua recepção, promove a ativação das equipes apropriadas e a transferência do paciente em condições de suporte avançado de vida, evitando a interrupção de seu suporte hemodinâmico, ventilatório e medicamentoso.

A transferência de pacientes graves internados por planos, seguros e convênios de saúde são de responsabilidade dos referidos planos, seguros e convênios e, nas situações urgentes, uma regulamentação do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU número 13) ampara o cidadão nesta situação.

Os Pareceres consulta CREMEB números 06/06 e 15/07 (Cons. Antônio Luiz Penna Costa) e número 27/10 (Cons. Iderval Reginaldo Tenório) abordam o tema do transporte extra hospitalar sob diferentes perspectivas.

O parecer consulta CREMEB nº 34/04, da lavra do Cons. José Abelardo Garcia de Meneses, respondendo aos expedientes consulta 95315/03 e 95780/03 aborda, entre outros, o tema do transporte extra-hospitalar. Citando a resolução CFM 1672/03 o eminente parecerista responde aos consulentes:

**1. Estando de plantão em unidade hospitalar o médico é obrigado a desfalar a equipe e acompanhar o paciente em ambulância, tipo UTI, ou o serviço móvel deve dispor de médico para este serviço?**

Resposta: "O médico não está obrigado a se afastar do seu local de trabalho para fazer o transporte inter-hospitalar. Uma vez existindo o serviço de transporte é dever do Diretor Técnico deste prover os recursos humanos e materiais necessários a boa prestação de atendimento. O médico assistente deve cumprir o que há na norma acima descrita"

**2. É defeso a recusa dos médicos em não acatarem ordem da Diretoria para se ausentarem do plantão para acompanhar o paciente em unidade móvel de UTI?**

Resposta: "O médico não deve abandonar o seu local de trabalho, quando em atendimento de urgências/emergências. Como dito na resposta anterior o serviço de transporte inter-hospitalar deve se adequar à norma. A unidade móvel classificada pelo CFM como tipo D, deve dispor no seu interior de médico para dar continuidade ao atendimento de paciente que requer assistência médica ininterrupta".

## **PARECER**

A situação exposta pelo consulente coloca o médico diante de uma difícil decisão. A cobertura necessária no hospital de origem onde é o único plantonista e responsável pelo atendimento das intercorrências e emergências, ou o acompanhamento da transferência de um paciente grave, que talvez sem o seu concurso e assistência não sobreviva ao transporte. Ou ainda a perspectiva de que este paciente venha a falecer na unidade de origem, sob os seus cuidados, aguardando a ambulância UTI com médico, adequada ao seu transporte.



O Código de Ética Médica veda o médico de interromper a assistência aos seus pacientes ou abandonar seu plantão sem que haja um substituto. Isto é especialmente válido se este profissional é o responsável por lidar com situações de emergência e pacientes graves sujeitos ao risco de morte. A ausência deste único médico de guarda no hospital de origem, conforme questão do consulente, impõe um risco aos vários pacientes da unidade por ele assistida, aos internados e também aqueles que buscam a emergência daquele hospital.

Por outro lado, um paciente grave no qual foi indicada uma transferência inter-hospitalar está em risco de vida, podendo vir a falecer se esta não se concretizar. Durante a transferência o paciente deve desfrutar de assistência que proporcione as melhores chances de sobreviver até chegar ao hospital de destino. A correta indicação e avaliação do risco / benefício do transporte precisa ser bem fundamentada e documentada, **ainda mais se esta ocorrerá fora das condições mínimas recomendadas pelo CFM**, como a transferência de paciente grave na ausência de médico durante o transporte. A estabilização do paciente com vistas ao transporte deve ser realizada previamente assim como as rotinas de contato com a unidade de destino.

Está claro pelo disposto na resolução CFM 1672/03 e Parecer Consulta Cremeb nº. 34/04, que “uma vez existindo o serviço de transporte é dever do Diretor Técnico deste prover os recursos humanos e materiais necessários à boa prestação de atendimento”. Sob condições ideais a ambulância adequada (Tipo D, E ou F) **com médico** estaria disponível prontamente e o consulente não estaria vivenciando este dilema. Mas sabemos que os recursos necessários nem sempre estão presentes quando deles necessitamos e, mesmo assim, a assistência deve ocorrer da melhor forma possível. A questão formulada no citado parecer diz respeito à obrigatoriedade de se desfalar a equipe médica do hospital de origem para a assistência na ambulância, ou se a obrigação de realizar esta assistência pertence ao médico do serviço de transporte. Não resta dúvida, havendo um serviço de transporte estruturado, cabe a este prover o recurso material e humano necessário.

A questão proposta pelo consulente agora é mais dramática: Não tendo médico na ambulância para transportar um paciente grave este plantonista, único no hospital, incorre em erro ético profissional/negligência por não acompanhar este paciente?

Desdobrando esta pergunta:

**Não havendo médico na ambulância pode este paciente ser transportado em condições inferiores às recomendadas a sua condição clínica? Quem é o responsável pelas consequências desta transferência ou pela decisão de não transferir o paciente?**

**O médico eticamente pode decidir que a condição clínica do paciente vale o risco de deixar o hospital de origem e seguir com o paciente?**



Respondendo ao consulente, entendemos que excepcionalmente um médico plantonista, único no hospital, deve ausentar-se para efetuar transferência inter-hospitalar. Deverá tentar manter a estabilidade do paciente no hospital de origem, enquanto busca recursos adequados para a transferência com segurança. A busca por um serviço de ambulância que atenda a gravidade do paciente deve estar bem caracterizada em prontuário.

A transferência não deve apenas ser indicada, mas operacionalizada e deve ser insistentemente tentada. Conforme a resolução CFM nº. 1672/2003, “os procedimentos e orientações nas ações de transferência da rede hospitalar devem ser supervisionados por médico, não podendo este se omitir na sua função tutelar da vida como bem indisponível.” O médico é o responsável pela indicação ou não da transferência.

Se entender que o paciente, em função da sua gravidade, não poderá esperar pela ambulância adequada, ou um médico para realizar o transporte, concluindo pela **impossibilidade técnica do cumprimento da norma (CFM 1672/03), deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem**, inclusive à distância e o tempo de deslocamento previsto. Se dentro desta excepcionalidade for optado pelo médico de guarda seguir atuando como médico da ambulância, será necessário que este seja substituído no plantão, antes da partida da ambulância. O hospital de origem não deve ficar nenhum momento desguarnecido. A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor. O Diretor Técnico deve ser acionado para compartilhar com as decisões e responsabilidades inerentes a esta excepcionalidade.

**Uma última questão: Havendo mais de um plantonista, ou um substituto para este, no hospital de origem é sua obrigação atuar como médico na ambulância?**

Conforme disposto na resposta ao parecer consulta CREMEB 34/03, este profissional não está obrigado a atuar como médico na ambulância. Mas, se o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, nós não deveríamos impedi-lo, se assim sua consciência determinar.

Este é o parecer, SMJ.

Salvador, 23 de outubro de 2012.

**Cons. Augusto Manoel de Carvalho Farias**

Relator