



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

PARECER CREMEB Nº 06/16

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/05/2016)

PROCESSO CONSULTA N.º 19/14

ASSUNTO: Demanda espontânea em Plantão Médico em Maternidade de grande porte.

RELATOR: Cons. Luiz Augusto Rogério Vasconcelos

EMENTA: Deve o Diretor Técnico assegurar condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina. A Central de Regulação Médica possui atribuição técnica e gestora no encaminhamento de pacientes em Urgência e Emergência. A consulta pré-anestésica deve ser realizada em situação de cirurgia eletiva.

Da Consulta

Consultentes, formados pelo corpo clínico de Maternidade de grande porte do estado, encaminham documento ao Cremeb informando uma série de deficiências na estrutura física na maternidade, insuficiência de profissionais no corpo clínico e dificuldades em questões relacionadas a aspectos administrativos, incluindo a segurança da unidade e da equipe. Foram anexadas fotos e cópias de algumas folhas de ocorrência. Concluíram apresentando as seguintes questões:

- a) Plantão com dois médicos obstetras, em que os dois estejam, por exemplo, realizando parto cesáreo e chegue, por demanda espontânea, uma urgência, o que deverá ser feito? Os profissionais serão responsabilizados por demora no atendimento? Existe parecer do CRM sobre esse problema?
- b) Um médico no plantão entra em contato com a Central de Regulação explicando a situação (exemplificada no item "a") e solicita que evite transferências, pois só tem condições de atender as demandas de "porta aberta" que não pode ser fechada e, horas depois, o plantonista da regulação informa que recebeu orientação de encaminhar as transferências para aquela unidade, à revelia do médico plantonista. Caso a paciente venha a óbito quem será responsabilizado?
- c) O médico plantonista tem autonomia de autorizar ou negar transferências de pacientes que considere não ter o perfil para a unidade? A decisão de pedir transferência é técnica?
- d) A unidade realiza cirurgias eletivas de ginecologia sem a consulta pré-anestésica. O anestesiológista pode ser responsabilizado, caso a paciente tenha alguma intercorrência?
- e) A unidade não faz controle de troca do cal. O anestesiológista pode ser responsabilizado por aceitar trabalhar sem a devida segurança para a paciente? Caso possa se recusar, como dever' proceder, já que essas cirurgias são rotina na unidade?





Do Parecer

O presente parecer consulta apresenta uma série de perguntas que caracterizam complexas situações da prática médica envolvendo a assistência prestada em uma maternidade de grande porte. Os consulentes trazem questões que compõem diferentes aspectos desta realidade e para fins didáticos, para melhor entendimento, as perguntas serão analisadas separadamente.

Com relação a primeira pergunta, os consulentes questionam: *Plantão com dois médicos obstetras, em que os dois estejam, por exemplo, realizando parto cesáreo e chegue, por demanda espontânea, uma urgência, o que deverá ser feito? Os profissionais serão responsabilizados por demora no atendimento? Existe parecer do CRM sobre esse problema?*

O cálculo do quantitativo ideal para compor a equipe médica assistencial em unidades de urgência e emergência, e no caso em tela uma maternidade, envolve aspectos complexos. O Parecer Consulta Cremeb nº 28/13, da lavra da Consa. Hermila Guedes, considera que este cálculo deve levar em consideração os seguintes aspectos:

- Cobertura populacional da Unidade;
- Quantitativo de atendimentos diários;
- Área física da Unidade hospitalar e distribuição espacial dos setores de atenção à saúde, como a distância entre os setores;
- Número de leitos de internação e observação.
- Grau de complexidade da casuística atendida.

Considerando ainda o Parecer Consulta Cremeb nº 28/13, este considera que : *“Tais observações valem, também, para a obstetrícia, lembrando que todo parto se configura em uma situação de emergência; razão pela qual não é recomendado que haja menos de dois obstetras de plantão em hospitais-maternidades, sendo 3 um número mínimo, tendo em vista que, em partos cirúrgicos, estando dois deles em atividade operatória, o terceiro assistiria à triagem e a intercorrências.”*

Também com relação ao dimensionamento da equipe médica na unidade de saúde, devem ser considerados dois aspectos da situação levantada pelos consulentes ao descreverem um plantão composto por dois obstetras. Primeiro, é indiscutível que é responsabilidade do Diretor Técnico da maternidade dimensionar o número de profissionais que compõem a equipe. Segundo, observando as cópias dos registros de ocorrência encaminhados junto a consulta, fica evidenciado que as equipes são compostas por mais de dois obstetra, sofrendo variações relacionadas com períodos de férias e atestados médicos, por exemplo. Deve ser diferenciada situação onde o número reduzido de profissionais em determinado plantão se deveu a questões pontuais e portanto muitas vezes imprevisíveis para o gestor da unidade ou se havia descuido da gestão no controle e recomposição das equipes.

Recorrendo ao Código de Ética Médica (CEM), este determina em seu Capítulo III artigo 19 que é vedado



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

ao médico “*Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina*” Portanto é responsabilidade do Diretor Técnico na unidade compor equipe com formação técnica e quantitativo adequados para a complexidade e volume de atendimento realizado pela maternidade.

No entanto, se o motivo do número insuficiente da equipe se dever a falta do profissional ao plantão, também existe previsão no Código de Ética Médica que determina no Capítulo III artigos 8º e 9º , respectivamente que é vedado ao médico:

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.

Com relação a questão levantada no que diz respeito a responsabilidade da equipe por possível demora no atendimento devido ao envolvimento em outros procedimentos, recorreremos mais uma vez ao Código de Ética Médica que determina no Capítulo V artigo 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.*” Portanto cabe ao médico se empenhar para realizar o melhor atendimento disponível e a seu alcance em favor do paciente, dentro das condições observadas, sempre deixando todos os fatos devidamente registrados no prontuário médico e/ou no livro de ocorrência.

A segunda e terceira perguntas trazem questões semelhantes

Um médico no plantão entra em contato com a Central de Regulação explicando a situação (exemplificada no item "a") e solicita que evite transferências, pois só tem condições de atender as demandas de "porta aberta" que não pode ser fechada e, horas depois, o plantonista da regulação informa que recebeu orientação de encaminhar as transferências para aquela unidade, à revelia do médico plantonista. Caso a paciente venha a óbito quem será responsabilizado?

O médico plantonista tem autonomia de autorizar ou negar transferências de pacientes que considere não ter o perfil para a unidade? A decisão de pedir transferência é técnica?

A Portaria 2.048/02 do Ministério da Saúde Gabinete do Ministro (MSGM) define o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Em seu Capítulo III trata da Regulação Médica das Urgências e Emergências, considerando suas atribuições técnica e gestora.

Como atribuição Técnica a portaria determina que “*A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes*”.





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Com relação a atribuição Gestora a portaria determina que *“Ao médico regulador também competem funções gestoras:*

– tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento. Assim, o médico regulador deve:

- decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento;

- decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência”

Com relação ao encaminhamento de paciente em situação de “vaga zero”, a Resolução CFM nº 2.077/14, determina no seu artigo 17 § 4º que *“No caso de utilizar-se a “vaga zero” em Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência superlotado ou sem capacidade técnica de continuidade do tratamento, caberá à equipe médica estabilizar o paciente e, após obtidas as condições clínicas que permitam a transferência, comunicar o fato à regulação, persistindo a responsabilidade do gestor público pela obtenção de vagas para a continuidade do tratamento e, se necessário, com a compra de leitos na forma da lei.”*

Ainda sobre a Regulação Médica das Urgências e Emergências, a Portaria MSGM 2.657/04 *Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.*

Esta portaria determina as diversas atribuições da regulação de onde destacamos como uma atribuição geral: *“I - ser instância operacional onde se processa a função reguladora, em casos de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas”.*

Como atribuição específica ressaltamos: *“IV - hierarquizar necessidades; V - decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda.”*

Fica claro portanto que a decisão sobre a unidade referenciada para atendimento de paciente transferido é da competência da Central de Regulação Médica, que decidirá sobre a complexidade do atendimento, recursos hospitalares disponíveis e hierarquização das unidades. No entanto, considerando a indagação dos consulentes, na hipótese de ser identificado que o paciente transferido não teria perfil para atendimento naquela unidade, a equipe deverá atender e estabilizar o paciente. Quando este possuir condições de transferência, a equipe deverá comunicar o fato à regulação, que deverá dar seguimento ao





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

atendimento, buscando o tratamento mais adequado para o paciente. Persistindo portanto, a responsabilidade do gestor público pela obtenção de vagas para a continuidade do tratamento.

Com relação a quarta pergunta, os consulentes questionam “A unidade realiza cirurgias eletivas de ginecologia sem a consulta pré-anestésica. O anestesiológista pode ser responsabilizado, caso a paciente tenha alguma intercorrência?”

A Resolução CFM nº 1.802/06 dispõe sobre a prática do ato anestésico. No seu artigo 1º a resolução determina que :

Art. 1º Determinar aos médicos anestesiológistas que:

I – 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 anestesiológista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível.

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 e procedimento proposto, o médico anestesiológista solicitará ou não exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas.

Portanto a determinação da Resolução CFM nº 1.802/06 é bastante clara com relação a necessidade da realização na consulta pré-anestésica para as cirurgias eletivas. Considerando ainda que a responsabilidade do ato médico é pessoal, fica evidente que o anestesiológista assume o risco pelo não cumprimento do quanto posto nesta resolução.

Com relação a quinta pergunta, os consulentes questionam “A unidade não faz controle de troca do cal. O anestesiológista pode ser responsabilizado por aceitar trabalhar sem a devida segurança para a paciente? Caso possa se recusar, como dever’ proceder, já que essas cirurgias são rotina na unidade?”

Para responder a esta questão recorreremos mais uma vez a Resolução CFM nº 1.802/06 que determina no seu artigo 1º:

V - Para a prática da anestesia, deve o médico anestesiológista avaliar previamente as condições de segurança do ambiente, somente praticando o ato anestésico quando asseguradas as condições mínimas para a sua realização.

Esta mesma resolução determina nos seus artigos 2º e 3º:

Art. 2º É responsabilidade do diretor técnico da instituição assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança.

Art. 3º Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a disponibilidade de:

III - Monitoração contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados nas seguintes situações: anestesia sob via aérea artificial (como intubação traqueal, brônquica ou máscara laríngea) e/ou ventilação artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipertermia maligna.





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Diante do exposto é responsabilidade do Diretor Técnico da unidade assegurar as condições mínimas de segurança e conseqüentemente a adequada manutenção dos equipamentos da unidade. No entanto, também é responsabilidade do anestesiológista avaliar as condições de segurança do ambiente para a realização da anestesia.

Conclusão

- a) **Plantão com dois médicos obstetras, em que os dois estejam, por exemplo, realizando parto cesáreo e chegue, por demanda espontânea, uma urgência, o que deverá ser feito? Os profissionais serão responsabilizados por demora no atendimento? Existe parecer do CRM sobre esse problema?**

Resposta: É responsabilidade do Diretor Técnico assegurar condições adequadas para o desempenho ético e profissional da Medicina. Dentro destas condições está o adequado dimensionamento da equipe médica de plantão. O Parecer Consulta Cremeb nº 28/13 afirma que não é recomendado trabalhar com menos de dois obstetras no plantão de uma maternidade de grande porte, considerando que o seguro é equipe com mínimo de três obstetras, pela possibilidade de ocorrência de parto cirúrgico, pois, estando dois deles em atividade operatória, o terceiro assistiria à triagem e a intercorrências. Quanto a responsabilidade decorrente da possibilidade de demora no atendimento, deve-se considerar o disposto no artigo 32 do Código de Ética Médica que determina que o médico deve usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento ao seu alcance, devendo sempre registrar no prontuário médico e/ou no livro de ocorrência, situações que de alguma forma tenham dificultado ou interferido na realização da melhor assistência médica possível.

- b) **Um médico no plantão entra em contato com a Central de Regulação explicando a situação (exemplificada no item "a") e solicita que evite transferências, pois só tem condições de atender as demandas de "porta aberta" que não pode ser fechada e, horas depois, o plantonista da regulação informa que recebeu orientação de encaminhar as transferências para aquela unidade, à revelia do médico plantonista. Caso a paciente venha a óbito quem será responsabilizado?**

Resposta: De acordo com a legislação do Ministério da Saúde a Central de Regulação possui atribuição técnica e de gestão para definir o melhor recurso disponível para o paciente, dentro da gravidade do quadro clínico e da hierarquia de complexidade das unidades de saúde. Não obstante, cabe também considerar da mesma forma que na questão anterior as observações referentes ao artigo 32 do Código de Ética Médica para avaliação dos cuidados realizados pela equipe médica de plantão. Havendo caso concreto em situação caracterizada na pergunta, a responsabilidade dos médicos envolvidos na assistência e na regulação deverá ser apurada.

- c) **O médico plantonista tem autonomia de autorizar ou negar transferências de pacientes que considere não ter o perfil para a unidade? A decisão de pedir transferência é técnica?**

Resposta: O médico plantonista deve receber o paciente transferido via Central de Regulação, avaliar e estabilizar o quadro. Não se tratando de paciente com perfil de atendimento para a unidade





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

ou diante de incapacidade técnica da unidade para dar continuidade ao tratamento, a equipe médica deve deverá documentar e comunicar o fato à regulação, para obtenção de vaga em outra unidade, para a continuidade do tratamento mais adequado ao paciente.

d) A unidade realiza cirurgias eletivas de ginecologia sem a consulta pré-anestésica. O anesthesiologista pode ser responsabilizado, caso a paciente tenha alguma intercorrência?

Resposta: A Resolução CFM nº 1.802/06 no seu artigo 1º, inciso I, letra a determina que “*Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar.*” A responsabilidade de ato médico é pessoal, portanto assume o risco o anesthesiologista que descumprir o que determina a resolução. Caso a resolução não seja cumprida por questões estruturais ou administrativas da unidade, o Diretor Técnico deve ser notificado.

e) A unidade não faz controle de troca do cal. O anesthesiologista pode ser responsabilizado por aceitar trabalhar sem a devida segurança para a paciente? Caso possa se recusar, como dever' proceder, já que essas cirurgias são rotina na unidade?

Resposta: A Resolução CFM nº 1.802/06 em seu artigo 2º determina que “*É responsabilidade do diretor técnico da instituição assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança.*” Entende-se como condições mínimas a disponibilização de equipamento adequado e respectiva manutenção. No entanto, o anesthesiologista é soberano para decidir sobre a realização do procedimento anestésico, sendo a responsabilidade do ato médico pessoal e intransferível.

É o parecer, SMJ.

Salvador, 6 de maio de 2016.

Cons. Luiz Augusto Rogério Vasconcellos
RELATOR

