

RESOLUÇÃO N.º 2.174/2017 UMA NOVA ERA NA ANESTESIOLOGIA

A Diretoria da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, sintonizada com as mudanças ocorridas no âmbito do exercício profissional na especialidade da Anestesiologia, e exercendo a sua função ética e acadêmica, promoveu uma revisão, capitaneada pelo Dr. Enis Donizete da Silva, Diretor de Defesa Profissional Gestão 2017, com o objetivo de repensar o ato anestésico em sua integralidade, aprimorar a segurança do procedimento anestésico e, acima de tudo, garantir a segurança do paciente.

O trabalho desenvolvido teve a participação árdua de todos os Diretores da SBA, das comissões de qualidade e segurança, de saúde ocupacional, de normas técnicas e também da assessoria jurídica, tendo o esforço conjunto resultado na reformulação e atualização do texto da Resolução CFM n.º 1802/2006, que foi amplamente discutido e aprovado pelo Conselho Federal de Medicina - CFM.

O resultado dessa revisão é a Resolução n.º 2.174/2017, publicada em 27 de fevereiro de 2018, que dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM n.º 1.802/2006. A redação da referida Resolução busca o aprimoramento de práticas que proporcionem maior proteção para o profissional médico e para o paciente, garantindo melhores condições de trabalho para os anestesistas, serviços de Anestesiologia mais eficientes e atendimento de qualidade para a população.

O conteúdo do artigo 1º é autoexplicativo, e repete muito do que já existia nas resoluções 1.363/93 e 1.802/2006, tendo inovado especialmente no aspecto de exigir a prévia estratificação de risco (inciso V), definindo o que precisa ser avaliado previamente pelo anestesista e como deve proceder o anestesista quando verificar a existência de irregularidades (inciso VI).

Neste primeiro artigo restou evidenciado que o médico anestesista, para avaliar se estão presentes ou não as condições mínimas de segurança exigidas pelo caso concreto específico, deverá: a) proceder a estratificação do risco do paciente, b) considerar o risco do procedimento cirúrgico, c) verificar as condições de segurança do ambiente cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica.

A redação é clara acerca das condutas esperadas/exigíveis, esclarecendo que o anestesista deverá atender os casos de urgência e emergência em qualquer condição de segurança, mas suspender os procedimentos eletivos, registrando as irregularidades (mesmo que realizado o procedimento) no prontuário médico e informando por escrito o acontecido ao Diretor Técnico da Instituição, e se necessário, à Comissão de Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina.

A exigência desta simples conduta, de proceder ao registro das irregularidades, viabiliza a criação de prova documental que permitirá uma melhor e mais eficiente defesa judicial do médico, sendo inclusive instrumento capaz de romper com o nexo de causalidade entre a conduta do médico anestesista e o eventual dano causado ao paciente.

Em relação às condições de segurança, a Resolução n° 2.174/2017 exige, no seu artigo 2º, o planejamento prévio, ou seja, que se determine antecipadamente o grau de segurança que a instituição hospitalar e o serviço de Anestesiologia pretendem oferecer aos seus pacientes.

Foi reconhecida a imprescindibilidade de planejamento prévio do ambiente cirúrgico, a fim de que haja uma definição da instituição hospitalar acerca da complexidade dos serviços que pretende oferecer, pois quanto mais complexas as cirurgias que pretenda realizar, melhores devem ser as condições de segurança ofertadas aos pacientes e aos médicos.

De acordo com a nova Resolução, esta definição deve ser realizada previamente pelo médico anestesista responsável pelo procedimento, pelo serviço de anestesia e pelo diretor técnico da instituição hospitalar, que, após definidas, devem ser garantidas pelo Diretor Técnico da Instituição.

O conceito de condições mínimas de segurança foi alargado pela Resolução n° 2.174/2017, na medida em que passou a estar atrelado à estratificação do risco do paciente.

A regra passa a ser: as condições mínimas de segurança para todo e qualquer procedimento são as previstas no artigo 3º, e as condições mínimas de segurança para pacientes com maior risco de morte, respeitada a estratificação do risco (inciso V do artigo 1º), são as previstas no artigo 4º.

Para o judiciário, o que é relevante é que as exigências previstas no artigo 3º são as condições mínimas para segurança de qualquer ato anestésico, ou seja, sem as quais os profissionais médicos anesthesiologistas não devem aceitar trabalhar, pois, se assim o fizerem, estão colocando a si próprios e ao paciente em situação de risco desnecessário.

E o que isso impacta na vida do anestesista?

Inicialmente, impacta na questão da atenção em relação à definição dos critérios clínicos de gravidade do caso concreto, pois é com base na gravidade do paciente e no risco da cirurgia que o anestesista definirá quais as condições de segurança serão necessárias.

Não pode o anestesista anestesiá-lo o paciente eletivo de alto risco, que realizará um procedimento de alta complexidade, em um centro cirúrgico que garanta apenas as condições mínimas de segurança, pois, para este paciente, elas não serão suficientes. É claro que aqui não estamos falando de urgência e emergência, situação em que o ato anestésico é realizado em qualquer condição de segurança, se estiver em risco a vida do paciente.

Em acréscimo a exigência de estratificação do risco cirúrgico e do paciente, os artigos 3º e 4º da Resolução nº 2.174/2017 objetivaram municiar os anestesistas, no sentido de que possam exigir (das instituições hospitalares) centros cirúrgicos em melhores condições de atendimento, pois ao anestesista cabe determinar se o centro cirúrgico está ou não preparado para receber o paciente de alta complexidade, que necessita da monitorização prevista no artigo 4º da Resolução.

O Poder Judiciário, ao julgar os casos concretos de responsabilidade do Anestesista, verifica os critérios clínicos de gravidade, considerando: as condições clínicas do

paciente, o risco do procedimento e se o centro cirúrgico estava ou não preparado para monitorá-lo adequadamente.

As condenações têm ocorrido quando o médico (de qualquer especialidade) submete o paciente a procedimento para o qual o ambiente cirúrgico não está preparado, desconsiderando os critérios clínicos de gravidade do caso concreto.

Sendo assim, analisados os critérios clínicos de gravidade, e não havendo indicação clínica da monitorização prevista no artigo 4º, a mesma não é obrigatória.

Por outro lado, havendo indicação de monitorização, sendo o paciente e/ou o procedimento de alto risco, o médico não deve submetê-lo ao procedimento de risco, sem garantir-lhe a adequada monitorização, conforme recomendação do Artigo 4º da Resolução nº 2.174/2017.

Ainda na perspectiva de potencialização da segurança, a redação do artigo 5º da Resolução nº 2.174/2017 é uma declaração acerca do que é ideal, buscando implementar medidas que assegurem boas condições de trabalho, com garantia de atendimento especializado para o paciente, mesmo no caso de sedações, com número de profissionais suficiente, com carga horária compatível com a dignidade humana, com registro das intercorrências, protocolos de cuidados com os pacientes e treinamentos em situações críticas em anestesia.

O artigo 5º é uma declaração de propósitos que tem por objetivo divulgar amplamente à sociedade e a classe médica a necessidade de implementação de políticas de saúde sustentáveis, que somente se concretizarão quando os direitos dos médicos e dos pacientes forem prestigiados, quando houver prevenção de riscos administráveis e informação confiável que permita o direcionamento adequado do financiamento e da administração da saúde.

Seguindo na análise da Resolução nº 2.174/2017, o artigo 6º trata da sala de recuperação pós-anestésica. Para compreensão adequada das alterações trazidas pela novel legislação, é preciso considerar que, de acordo com a Resolução nº 1802/2006, ora revogada, o anestesista era o médico responsável pela integralidade do ato

anestésico, sendo que a sua responsabilidade somente era transferida para outro médico com a alta do paciente da sala de recuperação pós-anestésica, ou com a sua transferência para a unidade de terapia intensiva, nos moldes do que estava estabelecido nos §§2º e 3º do artigo 4º da referida Resolução.

Em agosto de 2017 ocorreu um julgamento emblemático no Superior Tribunal de Justiça, que tratou especificamente da questão da sala de recuperação pós-anestésica e que evidenciou a necessidade precípua de regulamentar adequadamente esta parte do atendimento prestado pelo médico anestesista.

O julgado assim sintetizou o entendimento do Superior Tribunal de Justiça:

“CIVIL. (...) RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. DANOS MATERIAIS E MORAIS. (...). RECURSO ESPECIAL DO ANESTESISTA. (...) DECISÃO EM CONFORMIDADE COM A JURISPRUDÊNCIA DOMINANTE DESTA CORTE. (...).

1. (...).

*6. O Tribunal a quo, com base no conjunto fático-probatório dos autos, concluiu pela **negligência dos profissionais médicos, que não acompanharam a paciente até a sua saída do quadro anestésico, nem sequer lhe prestaram assistência imediata no momento em que sofreu complicações decorrentes da anestesia.** Reformar tal entendimento encontra óbice na Súmula nº 7 do STJ.*

(...)

9. Não se mostra exorbitante a verba indenizatória moral fixada em R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais), a ser partilhada entre as quatro autoras, sendo referida quantia suficiente e apta a reparar o dano extrapatrimonial decorrente de erro médico do qual resultou a inabilitação total e permanente da paciente para o exercício de todo e qualquer ato da sua vida civil.

10. Recursos especiais não providos.”

(REsp 1679588/DF, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 08/08/2017, DJe 14/08/2017)

A conduta que gerou a condenação foi a seguinte: ***“Assim, a ausência dos médicos na sala de recuperação no momento da ocorrência do infortúnio foi decisiva para o agravamento do estado de saúde da vítima. Mesmo tendo sido tomadas as providências para "reanimar" a paciente, é bem se concluir que o atendimento não foi instantâneo, ainda, que tenha sido rápido. Em se tratando de parada cardiorrespiratória, é cediço que o quadro evolui muito rápido para lesão cerebral e morte. A prova dos autos demonstra que os médicos anestesistas não estavam na sala de recuperação no momento do infortúnio, fato confirmado, inclusive, nas razões recursais. Apelante XXXXXXX: “Nota-se que, conquanto houvesse enfermeiros na sala de recuperação prestando o necessário socorro imediato à paciente [...], ao ouvir o sinal de emergência, dirigiu-se imediatamente à sala de recuperação em que se encontrava a recorrida” (fl. 1263) Apelante XXXXXXX: ***“Ocorre que, por volta das 11h40, o sistema de monitoramento acusou algum distúrbio e imediatamente a paciente foi acudida pelo Dr. XXX, Dr. XXX, Dr. XXX, os quais estavam nas imediações da Sala de Recuperação”*** (fl. 1338). ***A INOBSERVÂNCIA DO DEVER DE VIGILÂNCIA PELOS ANESTESISTAS GERA O ILÍCITO CULPOSO PELA NEGLIGÊNCIA, POIS A PACIENTE AINDA ESTAVA SOB OS EFEITOS DA ANESTESIA, NÃO PODENDO PERMANECER DESASSISTIDA PELO PROFISSIONAL ESPECIALIZADO.*** O fato de a vítima estar, anteriormente, apresentando problemas de saúde, tendo se submetido a exames médicos, mostra-se insuficiente para excluir a responsabilidade dos médicos, pois não há qualquer comprovação de que essas debilidades contribuíram para a parada cardiorrespiratória e atual estado vegetativo da paciente. Assim, resta demonstrado que o ato negligente dos réus acarretou nos danos sofridos à autora, restando devida a indenização (e-STJ, fls. 1.638/1.641 - sem destaque no original).***

Como visto, o Judiciário tem reconhecido o direito do paciente de estar assistido presencialmente pelo seu médico anesthesiologista durante a integralidade do ato anestésico.

De acordo com o julgado supratranscrito, podemos constatar que:

- Não existe transferência de paciente para equipe de enfermagem. Somente se admite transferência da responsabilidade entre médicos.

- A intercorrência não tem momento para ocorrer, não havendo previsibilidade em relação ao seu acontecimento, o que impõe ao médico anestesiológico o dever de vigiar a integralidade do ato anestésico, inclusive pós-cirúrgico, mediante a sua presença física ao lado do paciente, até a alta da SRPA.
- Esta exigência não tem como objetivo garantir o sucesso das técnicas adotadas, mas, sim, primordialmente, garantir o aumento da segurança do paciente, dando condições ao médico anestesiológico de impedir a ocorrência da intercorrência evitável, bem como de promover o pronto atendimento da intercorrência inevitável.

Dentro deste contexto, a redação do artigo 7º da Resolução nº 2.174/2017 estabelece a possibilidade de que, nos locais em que exista um médico responsável pela SRPA, esteja autorizada a transferência do paciente para tal médico, desonerando o médico anestesista, que realizou a anestesia, pelo acompanhamento do paciente no pós-operatório até a alta da SRPA, e liberando-o para a próxima anestesia.

Não fosse suficiente a regularização da transferência do paciente para o médico responsável pela SRPA, restou diminuída a extensão do ato anestésico, que será agora bipartido, aumentando, assim, a segurança para o paciente que está no centro cirúrgico, tendo em vista que o anestesista não se ausentará do centro cirúrgico para atender intercorrência na SRPA, permanecendo concentrado em um único procedimento anestésico, bem como aumentando a segurança do paciente da SRPA que será monitorada pelo médico (anestesista ou não) da SRPA em tempo integral, com maiores chances de pronto atendimento em caso de intercorrência.

E, por fim, o artigo 9º prevê a revisão periódica dos anexos, listas de equipamentos, instrumentais, materiais e fármacos, o que é de extrema relevância em razão da velocidade de evolução das novas tecnologias ligadas ao setor da saúde.

Analisado o texto da Resolução recém-publicada, cumpre-nos apontar que o trabalho realizado durante a gestão da SBA/2017 foi de extrema relevância, porque proporcionou profunda revisão e reflexão acerca do ato anestésico e de todos os componentes envolvidos, desde os pacientes, os profissionais médicos e enfermeiros, como também os medicamentos, os equipamentos de monitorização, os estudos acadêmicos e

científicos, a evolução tecnológica e até mesmo a interpretação do judiciário acerca da atividade desenvolvida pelos médicos anesthesiologistas.

As discussões travadas foram muito ricas e proporcionaram um alinhamento de pensamento entre os associados da SBA, que confluuiu na otimização de recursos, na garantia da segurança do paciente, na melhoria das condições de trabalho do anestesista, mas, acima de tudo, na promoção da saúde.

Concluindo, o trabalho realizado diuturnamente pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia é o que garante a melhoria contínua das condições de atendimento aos pacientes que passam pelos centros cirúrgicos de todo o país, bem como, e não menos importante, garante ao médico anesthesiologista o adequado entendimento acerca do exercício da sua especialidade, evitando assumir riscos e causar danos desnecessários aos pacientes e a si próprios.

É uma luta constante, que não pode parar, pois é necessário estar constantemente buscando o que há de melhor para a especialidade e para os seus destinatários.

Parabenizamos a todos os associados desta SBA pela coragem, pela dedicação, por doarem seu tempo, por não desperdiçarem suas vocações e pela generosidade que todos demonstraram ao construir um modelo de trabalho mais eficaz e mais eficiente não só para a especialidade da Anestesiologia, mas principalmente para toda a sociedade brasileira.

Montanha, Alcântara & Advogados Associados
Assessoria Jurídica