

Parecer Jurídico.

Vitória – ES, 15 de setembro de 2021.

Interessada: Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA)

Referente: Analgesia de parto simultânea

Trata-se de consulta formulada pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) acerca da possibilidade de realização de procedimento de analgesia de parto de forma simultânea.

É o relatório, passo a opinar.

Fundamentação

A interessada é pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, congregando médicos especialistas e especializandos em anestesiologia, destinando-se, conforme seu estatuto, a:

I – Promover o desenvolvimento das ciências da saúde nas áreas de educação, pesquisa e apoio técnico, com a formação e capacitação de recursos humanos na área de Anestesiologia, buscando a melhoria contínua da qualidade dos serviços anestesiológicos oferecidos à população, sem qualquer forma de discriminação de raça, sexo, cor, religião ou classe social.

II - Reunir médicos(as) interessados(as) em fomentar o progresso, o aperfeiçoamento e a difusão da Anestesiologia, Terapia Intensiva, Tratamento da Dor, Medicina Paliativa e Reanimação e estabelecer normas para o treinamento na especialidade.

III - Fazer cumprir o Código de Ética Médica, o Código Profissional da SBA e defender os interesses profissionais de seus membros.

PAPALEO NETO

A D V O G A D O S

IV - Promover Congressos da Especialidade, de âmbito nacional e internacional.

V - Conferir o Título Superior em Anestesiologia (TSA).

VI - Conferir Título de Especialista em Anestesiologia (TEA), Certificado de Área de Atuação em Dor e Certificado de Área de Atuação em Medicina Paliativa.

VII - Publicar o Brazilian Journal of Anesthesiology e a Anestesia em Revista.

VIII - Conferir prêmios, conforme regulamentos próprios.

IX – Realizar convênios de intercâmbio cultural e científico com entidades internacionais, visando o aprimoramento técnico-científico de profissionais anestesiológicos.

Classificada como sociedade de especialidade médica, sua atuação encontra-se perfeitamente delineada em seu estatuto e, de acordo com a previsão constante dos incisos I e III, justificado está seu interesse e legitimidade na questão tratada no presente parecer.

Apesar de absolutamente proibida, de forma expressa, a realização de anestesia simultânea, ainda existem muitas indagações a respeito do assunto, principalmente em procedimentos que envolvem pacientes parturientes.

Inicialmente, cumpre ressaltar que a Resolução CFM nº 2.174/2017, responsável por tratar do ato anestésico, evidencia em seu art. 1º, inciso IV, que “*É vedada a realização de anestésias simultâneas em pacientes distintos, pelo mesmo profissional ao mesmo tempo.*”, ou seja, é proibida, nos termos da referida Resolução, a realização simultânea de anestésias, em pacientes distintos, pelo mesmo profissional médico.

Isso porque é responsabilidade do médico anestesiológico monitorar os sinais vitais do paciente durante a integralidade do procedimento anestésico, cumprindo com o dever de vigilância por todo o tempo em que durar o procedimento, até o término do ato anestésico, conforme art. 1º, inciso II, da citada Resolução, senão vejamos:

“Art. 1º Determinar aos médicos anestesistas que:

[...]

II –Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, o médico anestesista deve permanecer dentro da sala do procedimento, mantendo vigilância permanente, assistindo o paciente até o término do ato anestésico.” [sem grifo no original]

Assim sendo, o profissional que assume a responsabilidade de realizar duas anestésias ao mesmo tempo fatalmente deixará uns dos pacientes desassistido em algum momento do procedimento, colocando em risco a segurança de ambos os pacientes, fato este tido como infração ética, na forma prevista no art. 1º do Código de Ética Médica, que assim dispõe:

“Capítulo III - RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

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

A realização simultânea de anestesia em pacientes distintos, pelo mesmo médico, configura ato de negligência, isto é, a falta de observância aos deveres e cuidados exigidos para a prática do ato médico e, portanto, configura também ato atentatório à Ética Médica, podendo, ainda, ter repercussões em todas as esferas de responsabilidade médica (ética, civil e penal), as quais serão atribuídas unicamente ao profissional que realizou de forma negligente o ato médico, em razão do caráter de personalidade da profissão, previsto no inciso XIX, dos princípios fundamentais, do Código de Ética Médica.

No que se refere à esfera ética, ressalta-se que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Estaduais vêm condenando os médicos anesthesiologistas que assumem o risco de tal conduta, como se pode verificar da ementa abaixo colacionada:

“PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL. RECURSO DE APELAÇÃO. PRELIMINAR ARGÜIDA: NULIDADE POR SUPOSTA VIOLAÇÃO À GRADAÇÃO DA PENA. INFRAÇÃO AOS ARTIGOS 2º E 29 DO CEM: O ALVO DE TODA A ATENÇÃO DO MÉDICO É A SAÚDE DO SER

PAPALEO NETO

A D V O G A D O S

HUMANO, EM BENEFÍCIO DA QUAL DEVERÁ AGIR COM O MÁXIMO DE ZELO E O MELHOR DE SUA CAPACIDADE PROFISSIONAL. – É VEDADO AO MÉDICO: PRATICAR ATOS PROFISSIONAIS DANOSOS AO PACIENTE, QUE POSSAM SER CARACTERIZADOS COMO IMPERÍCIA, IMPRUDÊNCIA OU NEGLIGÊNCIA. MANUTENÇÃO DA PENA DE ‘CENSURA PÚBLICA EM PUBLICAÇÃO OFICIAL’. I- A aplicação de qualquer penalidade Administrativa decorre da discricionariedade, da razoabilidade e subsunção dos fatos concretos à hipótese prevista na Lei. II- Comete ilícito ético o médico que realiza anestésias simultâneas, negligenciando a assistência médica, causando danos à paciente. III- Preliminar rejeitada. IV- Recurso de apelação conhecido e negado provimento. Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, em que são partes as acima indicadas, ACORDAM os Conselheiros membros da 6ª Câmara do Tribunal Superior de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, por unanimidade de votos, em conhecer e negar provimento ao recurso interposto pelo apelante, mantendo a decisão do Conselho de origem, que lhe aplicou a pena de "CENSURA PÚBLICA EM PUBLICAÇÃO OFICIAL", prevista na letra "c", do artigo 22 da Lei 3.268/57, por infração aos artigos 2º e 29 do Código de Ética Médica, nos termos do voto do Sr. Conselheiro Relator."

(Processo 7150/2006, da Relatoria do Conselheiro ROBERTO TENORIO DE CARVALHO, julgado pela Câmara do CRM-SP, publicado no D.O.U. 11/07/2007, Seção nº 1, Página nº 75 – grifo nosso)

Importante salientar que este entendimento tem sido reiterado nos Tribunais de Ética, sendo que as penalidades aplicadas têm variado entre a censura confidencial, aviso reservado, censura pública, até a cassação do registro profissional do médico.

Além de infração ética, a conduta consistente na prática de anestésias simultâneas caracteriza também infração penal, tipificada como crime de “periclitamento da vida e da saúde”, conforme dispõe o artigo 132 e, em alguns casos extremos, como os crimes de “omissão de socorro” e de “homicídio culposo”, tipificados nos artigos 135 e 121, respectivamente, todos do Código Penal Brasileiro.

PAPALEO NETO

A D V O G A D O S

Não bastasse, a prática do ato anestésico em dois pacientes ao mesmo tempo caracteriza também infração civil, que pode gerar uma condenação patrimonial ao médico anesthesiologista, caso haja algum dano, seja este moral ou material, ao paciente em decorrência desta conduta.

A responsabilidade civil, neste caso, está disposta nos artigos 186 e 927 do Código Civil Brasileiro, que assim dispõem, respectivamente:

“Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.”

“Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.”

Sendo assim, é absolutamente vedado ao médico a realização simultânea de atos anestésicos em dois pacientes distintos, sob pena de colocá-los em risco totalmente desnecessário, violando, assim, a Resolução CFM nº 2.174/2017, e ensejando - ao profissional que realizou o ato - o dever de reparação na esfera cível por quaisquer danos porventura causados, podendo, ainda, incorrer em processo ético médico perante o Conselho de Medicina e infração penal.

Ressalvadas as colocações quanto à ilegalidade da realização de anestesia simultânea, bem como suas consequências ao profissional anesthesiologista que a realizar, importante pontuar qual a conduta deve adotar o médico anesthesiologista na hipótese de, iniciada a realização de analgesia em uma paciente parturiente, sobrevier a necessidade de realização de uma cesárea de urgência/emergência.

Ressalta-se que, nesses casos, excepcionalmente, (urgência/emergência/risco de morte), pode o médico **(i)** utilizar-se dos critérios de gravidade e de urgência para definir quem receberá primeiro o atendimento especializado, delegando o caso menos grave para outro médico (de qualquer especialidade) presente no ambiente, **(ii)** ou acionar o médico de sobreaviso, **(iii)** ou, ainda, assumir conscientemente o risco de atender simultaneamente duas pacientes, embora se trate de conduta ilícita, desde que tomadas as providências necessárias para comprovar o “estado de necessidade” e a inexigibilidade de conduta diversa, bem como não permita que essa prática se torne medida reiterada.

Cumpra-se, portanto, que, em que pese ser sua obrigação o atendimento de pacientes em situações de caráter urgente/emergencial, o médico anesthesiologista não deve ser complacente com a prática reiterada da anestesia simultânea, que poderá ser interpretada como agravante de eventual penalidade, tendo em vista tratar-se de ato atentatório à Ética Médica e aos direitos do paciente.

PAPALEO NETO

A D V O G A D O S

Na hipótese de o profissional médico anesthesiologista assumir o risco e realizar atos anestésicos de forma simultânea em razão do caráter urgente/emergencial da situação, deve este se utilizar do prontuário médico e das fichas anestésicas como meio de registro pormenorizado de todos os acontecimentos, a fim de garantir a sua defesa e sustentação de elementos que possam posteriormente servir de argumentação para eventual apuração de responsabilidades éticas, civis e criminais.

Ademais, relativamente à organização do serviço de anesthesiologia, a Resolução CFM nº 2.077/2014, que se refere a serviços hospitalares de urgência e emergência, em seu art. 3º, assim dispõe:

“Art. 3º Todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico.” [sem grifo no original]

Nesse sentido, considerando exclusivamente o fato de o hospital ser um prontoso socorro hospitalar, deve necessariamente se adequar ao que dispõe o art. 2º da Resolução CFM nº 1.451/1995:

“Artigo 2º- A equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas: -Anesthesiologia; -Clínica Médica; -Pediatria; Cirurgia Geral; -Ortopedia.” [sem grifo no original]

Logo, é necessário que, no mínimo, a equipe médica do Pronto Socorro possua as especialidades mencionadas acima, dentre elas a anesthesiologia. Isso significa dizer que é indispensável a presença de médico anesthesiologista em plantão presencial para atendimento dos pacientes em situação de urgência e/ou emergência, podendo o serviço acionar o médico em plantão de sobreaviso, caso seja necessário para atendimento da demanda, evitando, assim, a necessidade de realização de mais de um ato anestésico, pelo mesmo profissional, ao mesmo tempo.

Não bastasse, o hospital que possui maternidade deve obedecer às exigências da Resolução CFM nº 2.056/2013, que é absolutamente clara em relação à obrigatoriedade da presença física de médicos obstetra, anesthesista e pediatra ou neonatologista dentro da sala de parto normal e cirúrgico, senão vejamos:

PAPALEO NETO

A D V O G A D O S

“Art. 27. A depender da natureza e da finalidade do estabelecimento que realiza assistência em regime de internação, parcial ou integral, além dos requisitos descritos no artigo anterior são também condições mínimas para o exercício da Medicina:

I – centro cirúrgico com infraestrutura adequada aos procedimentos a serem aplicados.

II – Sala de parto normal e cirúrgico, em caso de maternidade.

a. É obrigatória a presença de médico obstetra, anestesista e pediatra ou neonatologista nas maternidades onde se façam partos normais, de risco e cirúrgicos;

b. Os partos normais, em gestantes de risco habitual, realizados por parteiras e enfermeiras obstétricas, em maternidades ou Centros de Parto devem ser supervisionados por médicos nos termos do artigo 22 parágrafos 1º e 2º desta resolução.

c. Os Centros de Parto devem estar circunscritos à área da maternidade, com infraestrutura para abordar as emergências obstétricas imediatamente.

III – sala de recuperação pós-anestésica.

IV – unidade de cuidados intermediário.

V – UTI geral, cardiológica, neurológica, pediátrica e neonatal, compatível com o porte e a finalidade do estabelecimento.

VI – sala de isolamento para os casos indicados.

VII – unidade de serviço hemoterápico.

VIII – necrotério.

PAPALEO NETO

A D V O G A D O S

IX – serviço de engenharia para infraestrutura, manutenção de equipamentos e de segurança do trabalho (próprio ou terceirizados).” [sem grifo no original]

Como visto, é certo que nos Pronto Atendimentos Obstétricos é indispensável a presença de, no mínimo, médicos de três especialidades: obstetra, anesthesiologista e pediatra, os quais deverão estar “dentro da sala de parto normal e cirúrgico”, tendo em vista que tanto a parturiente, quanto o recém nato, podem necessitar de atendimento imediato.

Isso porque, ainda que os profissionais especializados em obstetrícia, pediatria e anesthesiologia sejam todos habilitados para o exercício da medicina, ao realizarem um ato médico que requer o exercício de todos eles, como é o caso de procedimentos de parto, estes operam de acordo com as normas e regulamentações do Conselho Federal de Medicina, especificamente em suas áreas de atuação.

Assim, na ocorrência de qualquer incidente na condução do parto, caberia ao médico obstetra o atendimento da parturiente antes, durante e depois do período expulsivo e de efetivo nascimento; ao médico anesthesiologista, o atendimento da paciente em relação à manutenção de seus sinais vitais e à sua estabilização, a partir das monitorizações no art. 3º da Resolução 2.174/2017; e, ao pediatra, o pronto atendimento ao nascituro.

Dentro deste contexto, e especificamente em relação ao número ideal de profissionais no pronto socorro das maternidades, o assunto foi examinado pelo CRM/MS, no processo consulta CRM/MS nº 000016/2015, com o seguinte entendimento:

“A legislação pertinente da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2001, do Ministério da saúde no Anexo II do Artigo 1º nos Princípios gerais argumenta que: “as condições para a adequada assistência ao parto em todas as unidades integrantes do SUS têm como responsabilidades, dentro dos Recursos Humanos – garantir a equipe profissional mínima para unidades mistas, hospitais gerais e maternidades para a realização do parto: obstetra; pediatra/neonatologista; clínico geral; enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia); auxiliar de enfermagem e auxiliar de serviços gerais. (...) 1. Existe obrigatoriedade ou orientação com relação ao número de

 Rua Abiail do Amaral Carneiro, nº 191, Ed. Arábica
conj. 511 - Enseada do Suá, Vitória - ES, Cep: 29.050-535

 +55 27 3225.1240  www.papaleoneto.com.br

 administracao@papaleoneto.com.br

PAPALEO NETO

A D V O G A D O S

Plantonistas Obstetras na maternidade deste Hospital, de ser 01 (hum) ou 02 (dois) plantonistas nos plantões presenciais? O atendimento de urgência e emergência nas áreas de ginecologia e obstetrícia, especialmente nesta última, exige a presença diuturna dos médicos nos locais sob sua responsabilidade. A Ginecologia e Obstetrícia constitui especialidade de atendimento frequentemente emergencial e cirúrgico, impondo cuidados essenciais ao médico. A especialidade Ginecologia e Obstetrícia não compõe a equipe básica regulamentada de assistência em pronto-socorro. É recomendável que maternidades com expressivo movimento possuam equipe mínima composta por dois (02) obstetras, anestesiológico, neonatologista e enfermeiro obstetra. Lembrar 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 o número ideal, tendo em vista que, em partos cirúrgicos, estando dois deles em atividade operatória, o terceiro elemento da equipe multidisciplinar (enfermeiro obstetra), assistiria a triagem e as intercorrências. O obstetra (cirurgião) atuando em hospitais maternidades com carência de recursos humanos (um só obstetra) não deve operar sem as condições mínimas que garantam ao paciente as possibilidades de um bom resultado. Deve pelo contrário, apontar as falhas do hospital conforme os dispositivos nos itens II e III dos Princípios Fundamentais e o item III dos Direitos dos médicos, além do artigo 19 do Código de Ética Médica. (...) Diante dessas especificidades e da inexistência de normativa legal que determine a obrigatoriedade de um número ideal de médicos compondo as equipes de saúde, os Diretores Técnicos devem considerar as recomendações do Ministérios de Saúde e do Conselho Federal de Medicina, no sentido de compor equipes eficientes e suficientes para prestar uma atenção de qualidade, adequada ao perfil da Unidade e às necessidades da população a quem serve.”. [sem grifo no original]

 Rua Abiail do Amaral Carneiro, nº 191, Ed. Arábica
conj. 511 - Enseada do Suá, Vitória - ES, Cep: 29.050-535

 +55 27 3225.1240  www.papaleoneto.com.br

 administracao@papaleoneto.com.br

PAPALEO NETO

A D V O G A D O S

Relativamente ao aspecto quantitativo, que permite calcular o número de profissionais médicos no Pronto Atendimento que acumula atendimento geral e obstétrico, o Parecer CREMEB Nº 28/13 assim concluiu:

“Estabelecer o número ideal de plantonistas hospitalares não é tarefa fácil, pois é necessário considerar diferentes aspectos. A estimativa da demanda social e a capacidade estrutural da Unidade constituem fatores básicos para definir a quantidade e a categorização de médicos de um serviço. Dessa forma, devem ser considerados 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. Diante dessas especificidades e da inexistência de normativa legal que determine a obrigatoriedade de um número ideal de médicos compondo as equipes de saúde, os gestores de Unidades e os Diretores Técnicos devem considerar as recomendações do MS e do CFM, no sentido de compor equipes eficientes e suficientes para prestar uma atenção de qualidade, adequada ao perfil da Unidade e às necessidades da população a quem serve. Buscando responder ao questionamento do consulente, referindo-se a um hospital porte III, onde há Serviço de Obstetrícia, pertencente a município polo estadual, devendo atender a uma população de 239.729 habitantes (segundo o DATASUS 2011), pode ser inferido que o contingente de médicos lotados no setor de Pronto Atendimento daquela Unidade deve corresponder ao mínimo de seis médicos entre clínicos gerais e pediatras. É admissível que entre estes estejam cirurgiões, se também atenderem pacientes clínicos. A tal quantitativo deve ser acrescentado um ortopedista e um anestesiológico (indispensáveis em um Serviço de Emergência), o que contabiliza 8 profissionais. Caso os profissionais lotados no setor de Pronto Atendimento acumulem a função de assistência de retaguarda a pacientes internados, esse número deverá ser maior. Para contemplar o Serviço de Obstetrícia, é necessário somar ao quantitativo acima,

 Rua Abiail do Amaral Carneiro, nº 191, Ed. Arábica
conj. 511 - Enseada do Suá, Vitória - ES, Cep: 29.050-535

 +55 27 3225.1240  www.papaleoneto.com.br

 administracao@papaleoneto.com.br

PAPALEO NETO

ADVOGADOS

um pediatra para atenção ao recém-nascido em sala de parto; e obstetras - cujo número mínimo é de três por plantão; podendo haver dois, caso a maternidade seja contígua ao Pronto Atendimento ou Emergência e haja cirurgião no plantão. (Número maior ou igual a 11) A depender do número de partos e do grau de complexidade da prestação de serviços materno-infantis, pode ser necessário implantar Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais e até Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Nesse caso, o número de neonatologistas e pediatras de plantão deve seguir a recomendação específica do MS para esses setores”.

A tabela apresentada no supramencionado Parecer CREMEB nº 28/13, para o cálculo de médicos no pronto atendimento, foi atualizada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.601 de 07/07/2011, e passou a ter os seguintes dados:

“Art. 3º As UPA 24h são classificadas em três (3) diferentes portes, de acordo com a população do Município sede, a capacidade instalada (área física), número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos, conforme o quadro a seguir:

UPA	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24H	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS POR PLANTÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE
					OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 A 100.000 habitantes	700m ²	Até 150 pacientes	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000m ² até 300 pacientes	até 300 pacientes	4 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 3000.000 habitantes	1.300m ²	Até 450 pacientes	6 médicos	15 leitos

 Rua Abiail do Amaral Carneiro, nº 191, Ed. Arábica conj. 511 - Enseada do Suá, Vitória - ES, Cep: 29.050-535

 +55 27 3225.1240  www.papaleoneto.com.br

 administracao@papaleoneto.com.br

PAPALEO NETO

A D V O G A D O S

Parágrafo único. A composição da equipe médica, de acordo com as especialidades, deverá contemplar o Plano de Ação Regional de forma que seja garantido o atendimento de urgência, inclusive pediátrica, no conjunto de serviços de urgências 24 horas da rede de atenção.”

No que se refere ao pronto atendimento na obstetrícia, de acordo com a Resolução CFM nº 2.056/2013, o serviço deve possuir, no mínimo, 1 pediatra para atenção ao recém nato na sala de parto, 1 anestesiolgista para analgesias e anestésias em partos e 3 obstetras (número ideal de obstetras de acordo com os entendimentos dos CRMs acima transcritos).

Não sendo possível que o médico anestesiolgista atenda todas as pacientes sem prejudicar qualquer uma delas, deve o profissional de sobreaviso ser acionado para comparecer ao hospital.

Caso não haja, pela instituição hospitalar, a contratação de médicos de sobreaviso para auxiliar no atendimento das demandas e, ainda, já tiver ocorrido o atendimento simultâneo de parturientes em razão do surgimento de urgência e/ou emergência, deve o médico anestesiolgista relatar o fato por escrito ao Diretor Técnico do hospital, para que sejam tomadas as providências cabíveis, no sentido de manter as condições mínimas de segurança no atendimento das pacientes, disponibilizando profissionais suficientes para o atendimento.

Isso porque o Código de Ética Médica, em seu Capítulo II, assim estabelece:

“É direito do médico:

(...)

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.”

Ainda, dispõe o mesmo Código, no Capítulo VII, que cuida da Relação entre Médicos, ser vedado ao médico:

PAPALEO NETO

A D V O G A D O S

“Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.”

A esse propósito, cumpre salientar o que diz o artigo 2º da Resolução CFM nº 2.174/2017, com relação à responsabilidade do Diretor Técnico do estabelecimento de saúde:

“Art. 2º É responsabilidade do diretor técnico da instituição, nos termos da Resolução CFM nº 2.147/2016, assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança, as quais devem ser definidas previamente entre: o médico anestesista responsável, o serviço de anestesia e o diretor técnico da instituição hospitalar, com observância das exigências previstas no artigo 3º da presente Resolução.”

Soma-se a isso os termos da Resolução CFM nº 2.147/2016, segundo a qual o Diretor Técnico é responsável pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que represente, senão vejamos:

“Art. 2º O diretor técnico, nos termos da lei, é o responsável perante os Conselhos Regionais de Medicina, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que represente.”

Vale destacar o que prescreve o §3º do citado artigo, ainda com relação ao Diretor Técnico:

“§ 3º São deveres do diretor técnico:

- I) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;*
- II) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em*

PAPALEO NETO

A D V O G A D O S

benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição;

III) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;

IV) Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, aplicando-se essa mesma regra aos demais

profissionais da área da saúde que atuem na instituição;

V) Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, de acordo com regramento da Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013;

VI) Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;

VII) Nas áreas de apoio ao trabalho médico, de caráter administrativo, envidar esforços para assegurar a correção do repasse dos honorários e do pagamento de salários, comprovando documentalmente as providências tomadas junto das instâncias superiores para solucionar eventuais problemas;

VIII) Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;

IX) Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de quaisquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo

 Rua Abiail do Amaral Carneiro, nº 191, Ed. Arábica
conj. 511 - Enseada do Suá, Vitória - ES, Cep: 29.050-535

 +55 27 3225.1240  www.papaleoneto.com.br

 administracao@papaleoneto.com.br

PAPALEO NETO

A D V O G A D O S

do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição;

X) Cumprir o que determina a Resolução CFM nº 2056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;

XI) Cumprir o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento;

XII) Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM nº 1.974, de 14 de julho de 2011, ou aquela que a suceder;

XIII) Assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição; XIV) Assegurar que as pessoas jurídicas que atuam na instituição estejam regularmente inscritas no CRM;

XV) Assegurar que os convênios na área de ensino sejam formulados dentro das normas vigentes, garantindo seus cumprimentos;

XVI) Não contratar médicos formados no exterior sem registro nos Conselhos de Medicina.” [sem grifo e negrito no original]

De todo o exposto, é possível extrair ser de inteira responsabilidade do Diretor Técnico a prestação de assistência médica e a garantia das condições técnicas de atendimento nas instituições públicas ou privadas, sob pena de responder, no âmbito de suas atribuições, perante o Conselho Regional de Medicina, nos termos do art. 1º, do Capítulo I, do Anexo da Resolução CFM nº 2.147/2016.

Sendo assim, conclui-se que é absolutamente vedado ao médico a prática de anestesia simultânea, nos termos da Resolução CFM nº 2.174/2017, sob pena de expor os pacientes a um risco desnecessário, podendo lhes causar um dano, o qual será de inteira responsabilidade do anestesiológico, que poderá ser demandado tanto na esfera ética, como também nas esferas penal e civil.

PAPALEO NETO

A D V O G A D O S

No que se refere à situação de, por exemplo, já ter sido iniciada analgesia em uma paciente e surgir uma parturiente em estado de urgência/emergência, com iminente risco de morte dela e/ou do bebê, deve o médico anestesiológico atender esta parturiente em iminente risco, em razão deste tipo de atendimento não suportar espera.

Neste caso, deve o profissional registrar o fato de forma pormenorizada na ficha anestésica de ambas as pacientes, informando o motivo pelo qual foi necessário o atendimento de duas pacientes simultaneamente.

Diante do fato ocorrido, deve o profissional médico, ainda, com base na Resolução CFM 2.147/2016 e Resolução CFM nº 2.056/2013, promover, de imediato, a notificação, por escrito, ao Diretor Técnico do hospital, para que as medidas administrativas necessárias sejam tomadas para evitar prejuízo à integridade física das pacientes do serviço.

Em casos **absolutamente especialíssimos**, levando em consideração a grande extensão territorial do nosso país, e o fato de que em alguns locais, distantes dos grandes centros urbanos, o sistema de saúde pode ser precário ao ponto de haver a necessidade de realização de analgesias de parto de forma simultânea, alguns cuidados se fazem necessários: **(i)** que haja um protocolo pactuado na instituição prevendo e normatizando tais eventualidades, assim como os possíveis compromissos assistenciais dele decorrentes; **(ii)** que tal protocolo assegure que haja no próprio hospital ou bloco cirúrgico um anestesiológico habilitado que, havendo a necessidade de tratar complicações da técnica ou do próprio trabalho de parto em um caso específico, possa assumir com segurança e em tempo adequado um dos procedimentos; **(iii)** que ao assumir o controle analgésico simultâneo o provável colega substituto esteja avisado, assim como seja registrado tal combinação no próprio prontuário médico.

Caso tais medidas não sejam adotadas, ao ocorrer alguma complicação em um dos procedimentos, poderá configurar possível infração ao CEM e à Resolução CFM 2.174/2017.

Eis o parecer.

Cordialmente,

Celso Cezar Papaleo Neto
OAB – ES nº. 15.123

 Rua Abiail do Amaral Carneiro, nº 191, Ed. Arábica
conj. 511- Enseada do Suá, Vitória - ES, Cep: 29.050-535

 +55 27 3225.1240  www.papaleoneto.com.br

 administracao@papaleoneto.com.br