

PLANTÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E CIRURGIA ELETIVAS –  
COMO O MÉDICO ANESTESIOLOGISTA DEVE PROCEDER?

Ao dar início às atividades em sua escala de plantão de urgência e emergência, o médico deve estar preparado para atender uma diversidade de casos graves e de iminente perigo, com risco potencial à saúde e à vida do paciente, tendo em vista que, no ofício da Medicina, e principalmente em tais situações, o exercício da profissão se torna muito mais desafiador do que se possa imaginar.

Demonstração disso pode ser constatada por meio de um paralelo entre a cirurgia de urgência e emergência, e uma cirurgia eletiva.

A cirurgia eletiva tem data e horário previamente agendados, o que proporciona uma melhor preparação técnica e psicológica dos profissionais que participarão do procedimento eletivo, havendo a possibilidade de planejamento prévio, mediante a solicitação de exames e a investigação por completo do quadro clínico do paciente, o que facilita a organização de toda a equipe para a execução dos procedimentos cirúrgico e anestésico.

Já na cirurgia de urgência e emergência, em que há iminente risco de morte, nem sempre há tempo hábil para providenciar os exames necessários com a finalidade de investigar o quadro clínico do paciente e de obter a adequada estratificação do risco cirúrgico. A ausência de tempo, nestas situações, é o maior adversário do profissional médico, pois um paciente em estado de urgência e emergência, ao dar entrada no estabelecimento de saúde, deve ser prontamente atendido pelo médico de plantão, o qual tudo deve fazer para evitar o agravamento da saúde do paciente, estando em suas mãos a possibilidade de salvar a vida desta pessoa.

Deve ficar claro que, para os médicos que estejam na escala de plantão da instituição hospitalar, o atendimento no setor de urgência e emergência constitui um dever inafastável do médico plantonista, pois é sua obrigação, como profissional médico, zelar pela vida, pela saúde e pela integridade física e psíquica do paciente.

Seguindo este raciocínio, o médico, estando escalado para determinado plantão, obrigatoriamente deverá realizar os atendimentos de urgência e emergência, na forma prevista no artigo 7º do Código de Ética Médica, que determina ser vedado ao médico: *“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.”*

Assim, fazendo parte da escala, não há opção para o médico que esteja prestando

serviços no plantão de urgência e emergência, pois deverá estar preparado para o atendimento que se fizer necessário, principalmente para a realização de procedimentos cirúrgicos em caráter de urgência/emergência.

Convém esclarecer que os serviços hospitalares de urgência e emergência são aqueles denominados “(...) *prontos-socorros hospitalares, pronto-atendimentos hospitalares, emergências hospitalares, emergências de especialidades ou quaisquer outras denominações, excetuando-se os Serviços de Atenção às Urgências não Hospitalares, como as UPAS e congêneres*”, nos termos do que estabelece o parágrafo único do artigo 1º da Resolução CFM nº 2.077/2014.

Para que os estabelecimentos de urgência e emergência atendam 24h00 (vinte quatro horas) por dia, é necessário que a sua estrutura esteja preparada para este atendimento.

A Resolução CFM nº 1.451/95 prescreve a estrutura dos estabelecimentos de prontos socorros públicos e privados que atendam a situações de urgência e de emergência.

De acordo com o seu artigo 1º:

*“Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência - emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.”*

Referida Resolução também prevê quais os profissionais que deverão compor a equipe médica que prestará os serviços em regime de plantão, na forma seguinte:

*“Artigo 2º - A equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas:*

- Anestesiologia;*
- Clínica Médica;*
- Pediatria;*
- Cirurgia Geral;*
- Ortopedia.”*

Assim, a instituição de saúde que atenda urgência e emergência somente poderá funcionar com a presença mínima de um anestesiológico, um médico da área de

clínica médica, um pediatra, um cirurgião geral e um ortopedista, em tempo integral e de forma presencial, conforme previsto na citada Resolução, em seu artigo 5º, *in verbis*: “O estabelecimento de Pronto Socorro deverá permanecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto.”

Como se pode constatar, os estabelecimentos de pronto socorro públicos e privados devem estar de prontidão para as situações de urgência e emergência, com toda a estrutura necessária para dar suporte à vida do paciente, inclusive com disponibilização dos profissionais médicos para o atendimento imediato que tais casos requerem, sendo indispensável, no mínimo, a presença do anestesiológico, do pediatra, dos médicos da clínica médica, da cirurgia geral e da ortopedia.

Nesse sentido, cumpre salientar que o Diretor Técnico é o responsável pela atribuição do número de médicos de determinada especialidade para prestar serviços em um estabelecimento de saúde. A Resolução CFM nº 2.147/16, que dispõe sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviços em ambientes médicos, prevê, em seu artigo 2º, § 3º, quais os deveres da Direção Técnica, dentre eles:

*“§ 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 benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da 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;*  
*(...)*

*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;”* (negritos nossos).

Como visto, incumbe ao Diretor Técnico organizar a escala de plantonistas, garantindo o atendimento durante as 24 horas do dia, de forma a providenciar o preenchimento integral da escala para que não haja qualquer lacuna.

Pois bem. Nos termos da citada Resolução CFM nº 1.451/95, tem-se como indispensável a presença de um anestesiológico nas instituições de saúde pública e privada que atendam urgência e emergência. Assim, diante da imprescindibilidade da presença do médico anestesiológico nos plantões, surge uma questão de importante indagação:

**Poderia o profissional médico anestesiológico, escalado para o plantão de urgência e emergência, realizar procedimento anestésico em cirurgia eletiva marcada para o período do plantão?**

Conforme já salientado anteriormente, estando escalado para o plantão, o médico anestesiológico tem a obrigação de realizar os atendimentos de urgência e de emergência.

Nesse sentido, o Código de Ética Médica, em seu Capítulo II, que trata dos Princípios Fundamentais, assim estabelece:

*“II - 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.*

*(...)*

*VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, **em caso de urgência ou emergência**, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.”* (grifos nossos).

Com relação à responsabilidade do médico em sua atuação profissional, inclusive nos setores de urgência e emergência, assim prevê o citado Código, em seu Capítulo III:

### **“Capítulo III**

#### **RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL**

*É vedado ao médico:*

*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. 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.” (...)*

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

Por sua vez, a recente Resolução CFM nº 2.174/2017, que dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução nº 1.802/2006, assim dispõe:

*“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.*

*(...)*

*IV - É vedada a realização de anestésias simultâneas em pacientes distintos, pelo mesmo profissional ao mesmo tempo.”*

Como se pode verificar dos dispositivos citados, o médico anesthesiologista deve agir com o máximo zelo no desempenho ético da Medicina e no cuidado da saúde, do bem-estar e da segurança do paciente. Além disso, deve prestar atendimento de urgência e emergência quando estiver escalado para os plantões, não podendo deixar o plantão sem garantir a sua efetiva substituição.

Ou seja, quando o anesthesiologista estiver escalado para o plantão, não poderá se afastar de suas atividades para realizar procedimento anestésico em paciente submetido à cirurgia eletiva. Isso porque o serviço médico de urgência e emergência é tido como essencial e não comporta solução de continuidade, podendo o médico vir a ser responsabilizado no caso de ser constatado algum dano ao paciente que necessite de atendimento de urgência e emergência, podendo restar configurado o crime de omissão de socorro (artigo 135 do Código Penal), ou, em situações mais graves, o crime de lesões corporais (artigo 129 do Código Penal) ou até mesmo o crime de

homicídio (artigo 121 do Código Penal).

Em outras palavras, o médico que realiza cirurgia eletiva não pode estar concomitantemente disponível para atender urgência/emergência, pois a urgência/emergência não tem previsibilidade. Assim, o médico anestesiológico que estiver em escala de plantão no setor de urgência e emergência deve atender exclusivamente as urgências e emergências que derem entrada na instituição de saúde.

Ressalte-se que o profissional anestesista possui justificativa legal para não atender solicitação de cirurgião, ou ordens de superior hierárquico do estabelecimento de saúde, para que realize procedimento anestésico em cirurgia eletiva durante seu plantão de urgência e emergência.

Se acatar e consentir com tal conduta, e vier a realizar a cirurgia eletiva, mesmo estando de plantão, poderá ser responsabilizado ética, civil e penalmente pela desassistência e pelos danos causados a pacientes em estado de urgência e emergência que, por sua ausência, deixaram de ser atendidos durante o plantão.

No exercício de suas atividades, o médico lida com o sofrimento, com a dor, com a saúde e com a vida humana, que não podem esperar, assumindo a obrigação de assistência de forma contínua.

Deste modo, se por alguma razão o médico plantonista não puder comparecer ao plantão e garantir o atendimento ao paciente em estado de urgência/emergência, deverá ele comunicar previamente ao Diretor Técnico, sendo este o responsável por providenciar um médico substituto.

Em seus comentários ao inciso VII dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica, o autor Genival Veloso de França esclarece que a liberdade do médico é relativa, assim dispondo sobre o tema:

*“Atualmente, todos são unânimes em acatar o princípio da liberdade relativa, pois a profissão médica, entre outras, traz em si elevados interesses ligados à pessoa humana. Desse modo, nem sempre é absolutamente livre o exercício da profissão médica, pois além de ela ser do interesse público, em face de existir em si o bem-estar de todos e de cada um, ainda é do próprio interesse coletivo que se possa, em certas ocasiões, impor alguma resistência a uma liberdade que se contrapõe à ordem pública e à paz social. As situações previstas neste dispositivo mostram muito bem que, mesmo o médico tendo na sua*

*profissão uma prática livre, há momentos em que se pode exigir dele uma obrigação de assistência.” (“Comentários ao Código de Ética Médica”, 6ª Edição, Editora Guanabara Koogan, pág. 23).*

Concluindo, o médico jamais deve aceitar a realização de procedimento anestésico em cirurgia eletiva durante o plantão de urgência e emergência.

O afastamento do médico do seu plantão, sem garantir a sua substituição, configurará descaso e falta de responsabilidade para com os pacientes sob seus cuidados, estando, pois, sujeito a responder por processo ético, civil e penal.

Outra questão de importante indagação se verifica a seguir:

**Como deve agir o profissional médico anesthesiologista, se for chamado para realizar cirurgias eletivas durante o seu plantão, principalmente se a ordem vier do comando da instituição de saúde?**

Neste caso, havendo determinação da alta direção do hospital para que o anesthesiologista abandone o plantão de urgência e emergência, com a finalidade de realizar cirurgia eletiva, o médico deve comunicar o fato imediatamente ao Diretor Técnico do estabelecimento de saúde, o qual detém a responsabilidade pela organização da escala de trabalho dos profissionais médicos, nos termos do que dispõe o artigo 2º, § 3º, da Resolução CFM nº 2.147/16, já citado anteriormente, valendo citar, novamente, os seus incisos VII e VIII:

*“§ 3º São deveres do diretor técnico:*

*(...)*

*VII) **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;***

*VIII) **Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;**” (negritos nossos).*

Inclusive, incumbe ao Diretor Técnico assegurar as condições mínimas para a realização do procedimento anestésico com segurança, na forma disposta no artigo 2º da Resolução CFM nº 2.174/2017, senão vejamos:

*“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.”*

Como visto, além de ser o responsável por assegurar as condições mínimas de segurança para a realização da anestesia, incumbe ao Diretor Técnico organizar a escala de plantonistas, de forma a garantir o atendimento durante as 24 horas do dia.

Entretanto, e se a ordem de realizar a cirurgia eletiva, durante o plantão, advier do Diretor Técnico da instituição, o fato deve ser relatado à Comissão de Ética do Hospital (se houver), a qual deve apurar os fatos narrados, principalmente com relação à conduta adotada pelo Diretor Técnico, não devendo tal ordem ser acatada pelo profissional médico, que poderá ainda recorrer ao Ministério Público local e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Não é demais salientar que, caso o médico anestesista realize procedimentos anestésicos em cirurgias eletivas durante o plantão, tal ato configura descumprimento da Resolução do Conselho Federal de Medicina, além das normas do Código de Ética Médica, podendo ainda, se houver danos ao paciente em estado de urgência/emergência, configurar responsabilidade civil e penal.

Cumprir lembrar que as cirurgias eletivas têm ampla possibilidade de serem agendadas, programadas, marcadas, sabendo o médico assistente quando as mesmas serão realizadas. Por isso, não há nada que justifique a ausência do médico das atividades do seu plantão para realizar procedimentos que não estão incluídos na urgência/emergência.

É nesse sentido o Processo-Consulta CRM/DF nº 66/2017, proferido pelo Conselheiro Relator Dr. Aristeu Correia Costa Filho, do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, senão vejamos:

*“Ementa: profissional anestesista escalado em urgência sua prioridade é com a cirurgia de urgência.*

*Histórico:*

*Em 27/10/protocola neste conselho quatro indagações sobre o que está ocorrendo com o seu serviço, as quais são:*

- 1) Posso ser escalado em plantão de urgência fazer cirurgia reconhecidamente eletiva?*
- 2) Como responder quando for solicitada tal cirurgia eletiva pelo plantão de urgência?*



3) *O que fazer pelo assédio sofrido pela chefia?*

4) *Caso ocorra a cirurgia eletiva quem responde em caso de necessidade de cirurgia de urgência?*

*(...), o médico no exercício da profissão deve observar os dispositivos do Código de Ética Médica (CEM), os quais determinam em seus princípios fundamentais, que o médico deve agir com o máximo de zelo e o melhor da sua capacidade profissional (Art. 2º), zelar pelo perfeito desempenho ético da medicina (Art. 4º) e exercê-la com ampla autonomia, evitando que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho (Art. 8º).*

**O médico anesthesiologista, escalado em plantão de emergência, não pode assumir a realização de anestesia em paciente submetido a procedimento eletivo, podendo ser responsabilizado por algum dano a um paciente que porventura necessite de seus cuidados no setor de emergência.** *A Direção da Instituição ou sua chefia imediata, não pode designá-lo para esse procedimento, pois impedindo que o mesmo atue seguindo as normas éticas (art.47).*

*O médico anesthesiologista, atento a esses dispositivos éticos, tem o dever de exigir do Responsável Técnico a adequação das condições seguras para a prática de anestesia, que por sua vez deve remeter-se ao Gestor de Saúde na impossibilidade de fazê-lo.*

**DA CONCLUSÃO** *Respostas aos quesitos:*

*Com relação às duas primeiras perguntas formuladas, em ambas as situações, o médico anesthesiologista poderá ser responsabilizado por ilícito ético, pois é vedado ao médico assumir a realização de ato anestésico eletivo, quando em plantão de emergência.*

*Quanto ao terceiro quesito, compete ao Diretor Técnico da instituição prover as condições mínimas para o ato anestésico-cirúrgico, sendo sua responsabilidade avaliar a necessidade de contratação ou disponibilização de mais profissionais anesthesiologistas.*

*E a quarta questão: a responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.” (sem grifo no original).*

O Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais seguiu a mesma orientação, conforme parecer elaborado pelo Conselheiro Dr. João Batista Gomes Soares, no Parecer-Consulta nº 5.605/2015:

*“O(s) anestesista(s) disponível(eis) para os casos eletivos não tem a mínima condição de atender, ao mesmo tempo, as urgências/emergências. Até mesmo o anestesista da maternidade tem que ser exclusivo. Não se pode montar a programação de casos*

*eletivos (cesáreas) com a disponibilidade do profissional para atender urgência/emergência.*

*A orientação deste Conselho é clara: **Quem atende cirurgia eletiva não pode estar disponível para urgência/emergência.** O anesthesiologista plantonista da maternidade deve ser exclusivo e priorizar as urgências e emergências obstétricas. Compete à Diretoria Clínica e Técnica do hospital a responsabilidade sobre as escalas. Tanto os Diretores Clínico e Técnico quanto os anesthesiologistas devem cumprir a Resolução CFM n.1802/2006, em especial o item IV do artigo 1º que normaliza: *“É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional.”* (sublinhados nossos).*

Com relação ao plantão nas maternidades, abordado no parecer acima citado, é importante ressaltar que as instituições hospitalares que possuem pronto socorro, e que se propõe a atender parturientes, devem acrescentar aos seus serviços às exigências da Resolução CFM nº 2.056/2013, que estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como prevê critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos.

Referida Resolução é absolutamente clara em relação à obrigatoriedade da presença de Médicos obstetra, anestesista e pediatra (neonatalogista) dentro da sala de parto das maternidades, senão vejamos:

*“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.*

*IX – serviço de engenharia para infraestrutura, manutenção de equipamentos e de segurança do trabalho (próprio ou terceirizados).” (grifos nossos).*

Neste contexto, é certo que nos plantões realizados nos Pronto-Atendimentos Obstétricos, que possuem maternidade, 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.

Em conclusão, o médico escalado para o plantão deve ficar à disposição dos atendimentos e procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência, inclusive da obstetrícia, estando impedido de realizar cirurgias eletivas durante o plantão, sob pena de configuração de ilícito ético, civil e penal, por omissão de socorro, ou, nos casos mais graves, por lesões corporais e até por morte, devendo o fato ser denunciado ao Diretor Técnico do Hospital e à Comissão de Ética e, não havendo solução, deve ser feita a denúncia ao Ministério Público local e ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição, para que sejam tomadas todas as providências legais cabíveis.

Montanha, Alcântara & Advogados Associados

Assessoria Jurídica