

PARECER CONSULTA N° 006/2015

Processo Consulta n° 034/2013

Interessado: H.G.L. (Dr. F.L.S.C. - Diretor Clínico)

Assunto: Necessidade de médico auxiliar nos procedimentos cirúrgicos porte 1. Médicos clínicos atendem na Pediatria do pronto socorro para suprir falta de médico especialista.

Relator: Dr. Carlos Magno Pretti Dalapicola – CRM-ES: 2483

Ementa: Competência do Pediatra para atendimento inicial à criança. Na falta desse profissional, o médico clínico deve prestar o primeiro atendimento e encaminhar o paciente para um atendimento especializado.

DA CONSULTA

O Dr. F.L.S.C.L., Diretor Clínico do H.G.L., consulta este Conselho a respeito dos seguintes questionamentos:

1. Necessidade de médico auxiliar nos procedimentos cirúrgicos de porte 1.
2. Médicos Clínicos que atendem na Pediatria do Pronto Socorro para suprir desfalque existente, que é de 12 profissionais, tendo em vista a demanda do Hospital, de 12.000 atendimentos/mês.

DO PARECER

Necessidade de Médico Auxiliar nos Procedimentos Cirúrgicos Porte 1.

Inicialmente é preciso fazer alguns esclarecimentos sobre as cirurgias e suas classificações.

Classificação das Cirurgias:

➤ As cirurgias podem ser classificadas quanto à urgência cirúrgica, e englobam:

CIRURGIA ELETIVA: tratamento cirúrgico proposto, mas a realização pode aguardar ocasião propícia, ou seja, pode ser programado. Por ex.: mamoplastia, gastrectomia.

CIRURGIA DE URGÊNCIA: tratamento cirúrgico que requer pronta atenção e deve ser realizado dentro de 24 a 48 horas. Por ex.: apendicectomia, brida intestinal.

CIRURGIA DE EMERGÊNCIA: tratamento cirúrgico que requer atenção imediata por se tratar de uma situação crítica. Por ex.: ferimento por arma de fogo em região precordial, hematoma subdural.

➤ As cirurgias podem ser classificadas de acordo com a finalidade do tratamento cirúrgico:

CIRURGIA CURATIVA: objetivo é extirpar ou corrigir a causa da doença, devolvendo a saúde ao paciente. Para essa finalidade, às vezes é necessário a retirada parcial ou total de um órgão. Ex.: apendicectomia.

CIRURGIA PALIATIVA: tem a finalidade de atenuar ou buscar uma alternativa para aliviar o mal, mas não cura a doença. Ex.: gastrostomia.

CIRURGIA DIAGNÓSTICA: realizada com o objetivo de ajudar no esclarecimento da doença. Ex.: laparotomia exploradora.

CIRURGIA REPARADORA: reconstitui artificialmente uma parte do corpo lesada por enfermidade ou traumatismo. Ex.: enxerto de pele em queimados.

CIRURGIA RECONSTRUTORA / COSMÉTICA / PLÁSTICA: realizada com objetivos estéticos ou reparadores, para fins de embelezamento. Ex.: rinoplastia, mamoplastia etc.

➤ As cirurgias podem ainda ser classificadas quanto ao **porte cirúrgico ou risco cardiológico** (pequeno, médio ou grande porte), ou seja, a probabilidade de perda de fluidos e sangue durante a sua realização:

GRANDE PORTE: com grande probabilidade de perda de fluido e sangue. Por ex.: cirurgias de emergência, vasculares arteriais, prótese de quadril.

MÉDIO PORTE: com média probabilidade de perda de fluido e sangue. Por ex.: cabeça e pescoço, herniorrafia.

PEQUENO PORTE com pequena probabilidade de perda de fluido e sangue. Por ex.: mamoplastia e endoscopia.

➤ Quanto ao **tempo de duração** as cirurgias ainda podem ser classificadas quanto a:

PORTE I: com tempo de duração de até 2 horas. Por ex.: rinoplastia.

PORTE II: cirurgias que duram de 2 a 4 horas. Por ex.: colecistectomia, gastrectomia.

PORTE III: de 4 a 6 horas de duração. Por ex.: craniotomia.

PORTE IV: com tempo de duração acima de 6 horas. Por ex.: transplante de fígado.

➤ Quanto ao **potencial de contaminação** da cirurgia:

CIRURGIA LIMPA: eletiva, primariamente fechada, sem a presença de dreno, não traumática. Realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local. Cirurgias em que não ocorreram penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário. Por ex.: mamoplastia.

CIRURGIA POTENCIALMENTE CONTAMINADA: realizada em tecidos colonizados por microbiota pouco numerosa ou em tecido de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório, e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nessa categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa. Por ex.: colecistectomia com colangiografia.

CIRURGIA CONTAMINADA: cirurgia realizada em tecidos abertos e recentemente traumatizados, colonizados por microbiota bacteriana abundante, de descontaminação difícil ou impossível, presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se inclui nesta categoria. Por ex.: colectomia.

Outra classificação de porte cirúrgico e que deve atender a solicitação do Parecer refere-se ao porte cirúrgico, independentemente do tempo.

A AMB junto com o CFM aprovou e está em vigor a CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos que, entre outras informações, avalia os portes das cirurgias e dos procedimentos médicos, e estabelece para cada procedimento cirúrgico a necessidade ou não. Também define o número de auxiliares médicos nos vários procedimentos a serem realizados.

Pelo exposto, pode-se afirmar que a referência mais adequada para o questionamento feito já se encontra definida e aprovada pelas várias sociedades de especialidades médicas do Brasil. Elas já abordaram a respeito da realização e da definição do número de auxiliares para eventos e procedimentos médicos, bem como se encontram definidos e aceitos na CBHPM em sua última edição (5ª Edição).

Médicos Clínicos atendem na Pediatria do Pronto Socorro para suprir desfalque existente.

Na 1ª quinzena de janeiro de 2014, o Secretário Estadual de Saúde, junto aos Secretários Municipais de Saúde, convocou algumas entidades médicas para discutir o tema da ausência de Pediatras em alguns serviços de saúde em PA. Na ocasião, ouviu-se do Secretário de Saúde de Cariacica que a recente UPA

inaugurada estava com seu quadro de médicos completos e, mesmo na Serra, também em uma UPA, havia atendimento de Pediatras com equipe completa. Foi agendada outra reunião para dar prosseguimento a essa discussão que ainda não ocorreu, pelo menos, não até o momento de redigir este Parecer. Convém esclarecer que, nos casos citados sobre a presença de médicos, o problema foi solucionado por meio de uma melhor remuneração dos pediatras, além de as UPAs possuírem infraestrutura física adequada, construções novas e oferecerem boas condições de trabalho.

Porém, a instituição de saúde que divulga atendimento de pediatria tem a obrigação e o dever legal de dotar esses postos de saúde do especialista para atendimento específico em pediatria. Caso isso não ocorra, não deverá fazer a divulgação da existência da especialidade, pois se assim o fizer, estará divulgando um fato não verdadeiro para a população. E, nesse caso, a população tem o direito e o dever de efetuar denúncia aos órgãos competentes, e a direção clínica deverá ser denunciada ao CRM-ES pela conivência com o fato.

Além disso, o médico clínico socorrista dessas instituições de saúde não poderá negar atendimentos nos casos de urgência/emergência de crianças, sob o risco de omissão de socorro. Deve, sim, dentro dos seus conhecimentos, realizar o atendimento inicial enquanto providencia a transferência da criança para uma unidade de saúde com suporte para atendimento pediátrico.

Assim, nesses casos especificamente, alguns colegas médicos assumem o atendimento a crianças sem ter a especialidade de Pediatria. Nada impede que esse atendimento seja feito, embora é fundamental esclarecer para a população a ser atendida que eles não são médicos pediatras.

Isso porque os médicos encontram-se diante de um risco maior de incorrer em atendimentos incorretos, e não poderão se justificar perante esses atos por não

serem especialistas, já que aceitaram e se sujeitaram a essa condição por livre e espontânea vontade.

Independente de ter pediatras nos Prontos Socorros e UPAs, o médico socorrista deve ter o conhecimento básico para atender as urgências/emergências, pois não poderá alegar falta de conhecimento e negar atendimento à especialidade de pediatria ou qualquer outra que necessitar de atendimento de urgência/emergência.

Nesse contexto, algumas ações podem ser implementadas, como colocar avisos que não tem atendimento pediátrico, denunciar ao CRM e ao Sindicato dos Médicos, solicitar fiscalização do CRM para avaliação das escalas e outras. Porém, jamais deixar de atender a pacientes com casos graves sob alegação que não é especialista, principalmente em se tratando de urgência / emergência.

Eis meu Parecer, salvo melhor juízo!

Vitória, 28 de abril de 2015.

Dr. Carlos Magno Pretti Dalapicola
Conselheiro Relator