



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

PARECER CREMEB Nº 03/2024

(Aprovado em Sessão Plenária de 13/08/2024)

PROCESSO CONSULTA Nº 001/2024

ASSUNTO: Negativa de planos de saúde em relação a permanência de recém-nascidos em UTI neonatal de hospital

RELATOR DE VISTAS: Conselheiro Leonardo d'Almeida Monteiro Rezende

EMENTA : A responsabilidade pela indicação de conduta é do médico assistente e não cabe compartilhamento com o médico auditor.

CONSULTA

O Consultante traz questionamento sobre posicionamento de auditores de convênios que analisam a permanência de recém-nascidos em UTI neonatal. Registra recomendações de que neonatos recebam antibioticoterapia venosa em apartamento; utilização de sonda oro ou nasogástrica em unidade aberta; idade gestacional para encaminhamento a enfermaria.

A consulta traz: *"Temos tido dificuldades no consenso com alguns auditores de convênios em relação à permanência de recém nascidos em UTI neonatal nas seguintes situações, que expomos abaixo: RN em uso de antibióticos: Alguns pacientes, que estavam em melhora de quadro infeccioso, têm sido questionada a sua permanência em unidade neonatal e sugerida a liberação para apartamento, em uso de antibiótico por acesso venoso periférico. Ora, a utilização de antibióticos no período neonatal pressupõe o internamento em unidade com monitorização constante, dados os riscos inerentes à infecção, os possíveis efeitos colaterais dos antibióticos, bem como a monitorização do acesso periférico. Uma infecção é um quadro potencialmente grave. Apnéias podem ocorrer, com risco de vida para o RN. Por questões inerentes à fragilidade vascular, é comum a infiltração do acesso, com extravasamento da medicação, que poderia não ser percebida pelos familiares a tempo de provocar uma lesão. Outra situação que vem sendo contestada pelos auditores de planos de saúde é a utilização de sonda para a alimentação do prematuro. Foi proposto encaminhar o RN para receber a dieta por sonda no apartamento. A utilização de sonda oro ou naso gástrica garantem a possibilidade de progredir a dieta e permitir o treinamento de sucção. Usualmente os recém-nascidos atingem a capacidade de sugar, deglutir e respirar simultaneamente a partir de 34 semanas. Inclusive se estiver muito bem só é liberado para o Alojamento Conjunto a partir de 35semanas pelos riscos de apneia, incoordenação da sucção deglutição. Na nossa unidade, com apoio de fonoaudióloga ou de fisioterapeuta, é iniciada a sucção nutritiva nesta idade pós menstrual. O volume sugado pelo RN é complementado por gavagem até o volume desejado pelo médico prescritor. Com a melhora progressiva da atividade e sucção é reduzido o volume complementar. Habitualmente após a sucção plena por ao menos 24 horas sem sonda e com ganho ponderal consistente, de ao menos 20g/dia durante 3 dias, é dada alta para o paciente, se não houverem outros problemas que indiquem sua permanência na UTI neonatal. Foi apresentado o protocolo de nutrição do RN, com as orientações acima, porém persistem as tentativas de glosar a permanência dos recém-nascidos comprometendo a segurança dos mesmos."*



FUNDAMENTAÇÃO

O questionamento do consultante trata da interface entre auditoria médica e assistência neonatal.

A atuação do médico auditor está muito bem descrita no **Código de Ética Médica (CEM)**, no seu capítulo XI (1). E a **Resolução CFM nº 1.614/2001** também aborda essa atividade: “*Trata da inscrição do médico auditor e das empresas de auditoria médica nos Conselhos de Medicina*” (2).

A assistência neonatal e seus níveis de complexidade estão descritas em portarias do Ministério da Saúde (MS). A **Portaria MS nº 930/2012** “*Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.”(3). A **Portaria MS nº 2.068/2016** “*Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto*.”(4).

O CEM define claramente a impossibilidade de o médico auditor modificar a conduta do médico assistente:

É vedado ao médico

Art. 97 - Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente

Desta forma, é necessário esclarecer que a indicação de conduta é responsabilidade do médico-assistente, visando sempre o melhor para o seu paciente. Não há compartilhamento de responsabilidades entre o médico assistente e o médico auditor; não cabendo acordo ou consenso. As duas atuações são independentes e dissociadas no tempo. Ao médico assistente cabe indicar e o médico auditor deverá posteriormente fazer a sua avaliação, sempre observando o disposto na **Resolução CFM nº 1.614/2001**:

Art. 6º - O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

Parágrafo 1º - É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

[...]

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

[...]

(1) Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>

(2) Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2001/1614>

(3) Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html

(4) Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html



Art. 7º - O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Parágrafo 1º- Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

Parágrafo 2º - O médico assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Parágrafo 3º - O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou representante legal e/ou do seu médico assistente.

Art. 8º- É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Art. 9º - O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

A **Portaria MS nº 930/2012** traz a organização dos leitos de cuidado intensivo neonatal, e suas definições: Unidade de Terapia intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN). As UCIN podem ser Unidades de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo) ou Unidades de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa). Apesar de a Portaria descrever a organização dos leitos no SUS, podemos usa-la - por analogia - para as unidades também da assistência suplementar. Esta norma traz critérios de internação em UTIN e em UCINCo/UCINCa:

Art. 10. UTIN são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, assim considerados:

I - recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO₂ maior que 30% (trinta por cento);

II - recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas;

III - recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte;

IV - recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e

V - recém-nascidos que necessitem de cuidados especializados, tais como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica e Fração de Oxigênio (FiO₂) maior que 30% (trinta por cento), exsanguineotransfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação.

[...]



Art. 15. As UCINCo, também conhecidas como Unidades Semi-Intensiva, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN.

Parágrafo único. As UCINCo poderão configurar-se como unidades de suporte às UTIN ou de forma independente, obedecendo à rotina de cada serviço.

Art. 16. As UCINCo serão responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos nas seguintes condições:

I - recém-nascido que após a alta da UTIN ainda necessite de cuidados complementares;

II - recém-nascido com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica ou CPAP ou Capuz em Fração de Oxigênio (FiO2) elevada (FiO2 > 30%);

III - recém-nascido com peso superior a 1.000g e inferior a 1.500g, quando estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso;

IV - recém-nascido maior que 1.500g, que necessite de venóclise para hidratação venosa, alimentação por sonda e/ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável;

V - recém-nascido em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;

VI - recém-nascido submetido a procedimento de exsanguineotransfusão, após tempo mínimo de observação em UTIN, com níveis de bilirrubina descendentes e equilíbrio hemodinâmico;
e

VII - recém-nascido submetido à cirurgia de médio porte, estável, após o pós-operatório imediato em UTIN.

[...]

Art. 21. As UCINCa serão responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos com peso superior a 1.250g, clinicamente estável, em nutrição enteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar e tenham disponibilidade de tempo.

Art. 22. A UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo.

Quando os recém-nascidos têm boa condição clínica são encaminhados para a unidade aberta junto com suas mães, o que é conceituado como Alojamento Conjunto, disciplinado na **Portaria MS nº 2.068/2016**, que traz:

Art. 4º O Alojamento Conjunto destina-se a:

I - mulheres clinicamente estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao seu bebê;

II - recém-nascidos clinicamente estáveis, com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico; peso maior ou igual a 1800 gramas e idade gestacional maior ou igual a 34 semanas;



III - recém-nascidos com acometimentos sem gravidade, como por exemplo: icterícia, necessitando de fototerapia, malformações menores, investigação de infecções congênitas sem acometimento clínico, com ou sem microcefalia; e

IV - recém-nascidos em complementação de antibioticoterapia para tratamento de sífilis ou sepse neonatal após estabilização clínica na UTI ou UCI neonatal.

As Portarias definem os critérios para internamento dos recém-nascidos que necessitam de cuidados especiais, em cada tipo de unidade. Mas nem todas as instituições de saúde tem UTIN, UCINCo e UCINCa. Quando uma unidade tiver apenas UTIN, os pacientes com critérios de internamento em UCINCo/Ca devem ser manejados em UTIN e não devem ser encaminhados a unidades abertas antes de preencher os requisitos de admissão nessas unidades de menor complexidade.

Em alguns casos concretos, pode haver indicações diferentes daquelas previstas nas normas; e o médico tem a autonomia para indicar qualquer outra abordagem - sempre em benefício de seu paciente - o que está previsto no CEM:

É direito do médico:

II – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

Nestes casos, é conveniente registrar em prontuário a fundamentação para proposta de conduta divergente, a fim de esclarecer o raciocínio que embasou a conduta. Este registro facilita a compreensão da auditoria médica e orienta a prestação dos esclarecimentos que podem ser solicitados pelo médico auditor.

O **Parecer CREMEB nº 38/2010** (5) trata da impossibilidade de o médico auditor determinar a indicação, ou não do internamento hospitalar; assim como não pode interferir na escolha do tipo de unidade de internação indicada pelo médico assistente.

PARECER

As condutas propostas devem estar baseadas nas normas, protocolos e nas melhores evidências científicas, sempre em benefício dos pacientes.

Cabe aos médicos assistentes definirem qual a melhor conduta para seus pacientes, nos casos concretos. E devem manter os pacientes em unidades de maior complexidade, quando leito com o perfil de complexidade indicado não estiver disponível; e nunca o contrário, buscando a melhor segurança para seu paciente.

A responsabilidade da indicação de conduta é do médico assistente, e não deve ser compartilhada ou consensuada com o médico auditor.

(5) Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BA/2010/38>



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

O médico auditor tem direito de solicitar, por escrito, esclarecimentos ao médico assistente; em especial quando as condutas assistenciais distanciarem-se das normas e protocolos. E nestes casos os médicos assistentes têm obrigação de esclarecer, por escrito; de forma cientificamente embasada e fundamentada, as suas escolhas propedêuticas e terapêuticas naquele caso concreto.

Este é o parecer.

Salvador, 13 de agosto de 2024.

Cons. Leonardo d'Almeida Monteiro Rezende

Relator de Vistas