

ATENDIMENTO EMERGENCIAL, VAGA ZERO E OMISSÃO DE SOCORRO

EMERGENCY CARE, ZERO VACANCY AND DISTRESS OMISSION

*Nazah Cherif Mohamad Youssef **

*Conselheira parecerista do CRM-PR.

Palavras-chave – *Emergência, urgência, vaga zero, omissão de socorro.*

Keywords – *Emergency, urgency, vacancy zero, omission of distress.*

EMENTA

Atendimento Pré-Hospitalar, Vaga Zero, Pronto-Socorro, UTI, superlotação, omissão de socorro.

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, organização associativa, com personalidade jurídica de direito privado e certificada como entidade filantrópica de assistência social na área da saúde, por meio de seus representantes, solicitam consulta formal, respeitando-se os critérios de generalidade e abstração, acerca dos seguintes pontos:

1 - Inexistindo vagas em leitos de UTI Unidades de Tratamento Intensivo, a instituição hospitalar é obrigada a aceitar novos pacientes que de tais leitos necessitem, caso seja uma unidade de “porta aberta” para urgência e emergência e os pacientes cheguem via SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ou requisição judicial?

2 - Caso positiva a resposta ao questionamento nº 1, tais pacientes poderão esperar por quanto tempo em leitos improvisados no pronto-socorro?

3 - Caso positiva a resposta ao questionamento nº 2, qual o tempo máximo de permanência e quais as condições técnicas mínimas que tais leitos deverão apresentar?

4 - Caso negativa a resposta ao questionamento nº 1, a quais responsabilidades administrativas, civis, criminais e ético-disciplinares, estão sujeitos os profissionais médicos que recusarem o internamento de novos pacientes, tendo em vista a superlotação hospitalar? 5 - Por fim, quais as recomendações para evitar que os pacientes, que necessitam de vagas em leitos de UTI, fiquem esperando por dias em leitos improvisados no pronto-socorro? Certo da compreensão despendida, por Vossa Senhoria, requer seja recebida a presente consulta e, após trâmite regular, seja formalmente respondida, na forma do art. 2º, § 3º, da Resolução CFM nº 2.070/2014”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O Código de Ética Médica (CEM) é claro em seu artigo 1º em que: “É vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”. Negar-se a atender um caso de urgência ou emergência é omissão de socorro e caracteriza infração ética.

A omissão de socorro também é crime previsto no Código Penal brasileiro, em seu artigo 135. É o exemplo clássico do crime omissivo. Deixar de prestar socorro a quem não tenha condições de socorrer a si próprio, ou comunicar o evento a autoridade pública que o possa fazê-lo, quando possível, é crime. A Pena prevista na forma simples é de detenção de 1 a 6 meses ou multa. Se resultar em lesão grave, reclusão de 1 a 4 anos. Se resultar em morte, reclusão de 4 a 12 anos.

A Resolução 1.671/2003 do Conselho Federal de Medicina dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e, em seus artigos 1.1 e 1.2, determina que:

Artigo 1.1 - "A competência técnica do profissional médico que atua na regulação é a de julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, enviar os recursos necessários ao atendimento (com ou sem a presença do médico na ocorrência), monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado ou por médico intervencionista e definir e acionar o hospital de referência ou outro meio necessário ao atendimento".

Artigo 1.2 - "A outra competência do médico regulador refere-se à decisão gestora dos meios disponíveis, onde se insere e deve possuir autorização e regulamentação por parte dos gestores do SUS em seus níveis de coordenação operacional, notadamente nos municípios. Cabe, nesta dimensão, a decisão médica do regulador sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, dentre suas disponibilidades, a resposta mais adequada a cada situação. Suas prerrogativas devem, ainda, se estender à decisão sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar, considerando o conceito de que nas emergências não existe número fechado de leitos ou capacidade limite a priori. O médico pode também acionar planos de atenção a desastres, pactuados com os outros interventores nestas situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de emergência. Também em situações excepcionais, poderá requisitar recursos privados, com pagamento ou contrapartida a posteriori, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes".

A Resolução nº 2.110/2014 do Conselho Federal de Medicina, que dispõe sobre a normatização dos serviços pré-hospitalares móveis de urgência e emergência em todo território nacional, determina em seus artigos 14 e 15 as normas da Vaga Zero:

Art. 14. "Vaga zero é prerrogativa e responsabilidade exclusiva do médico regulador de urgências, e este é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências".

Art. 15. "O médico regulador no caso de utilizar o recurso "vaga zero", deverá, obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento".

O Parecer 1.848/2004 do CRM-PR determina que médicos, que trabalhem em serviços de urgência e emergência credenciados pelo SUS e que integrem o plano estadual e ou regional, não podem alegar a inexistência de vaga para recusar o acolhimento de paciente encaminhado ao serviço pelo médico regulador, desde que feito de acordo com as normas vigentes e pactuadas entre gestor e prestador. Entende-se que naquele momento o local escolhido, pelo médico regulador, é o melhor local possível no sistema para atender o paciente.

Conforme o Parecer nº 2.371/2012 do CRM-PR, o médico regulador é quem tem o poder delegado pelo gestor para acionar recursos de urgência ou emergência. O legislador é claro, quando afirma que o regulador médico tem a delegação da autoridade sanitária local para

alocar o paciente em serviço adequado a sua necessidade naquele momento. Poderá até utilizar o recurso extremo da VAGA ZERO, quando vagas não existirem.

A Resolução nº 2.077/2014 do Conselho Federal de Medicina dispõe sobre as normas dos serviços de urgência e emergência, ou seja, dos prontos-socorros e pronto atendimento hospitalares. Em seus artigos 14, 15, 16, 17 e 18, determina que:

Art. 14. “O tempo máximo de permanência dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência será de até 24h, após o qual o mesmo deverá ter alta, ser internado ou transferido”.

Art. 15. “Fica proibida a internação de pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência”.

Art. 16. “O hospital deverá disponibilizar, em todas as enfermarias, leitos de internação para pacientes egressos do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência em número suficiente para suprir a demanda existente. Em caso de superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência e ocupação de todos os leitos de retaguarda, é de responsabilidade do diretor técnico da instituição prover as condições necessárias para a internação ou transferência destes pacientes”.

Art. 17. “O médico plantonista do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá acionar imediatamente o coordenador de fluxo, e na inexistência deste o diretor técnico do hospital, quando”:

a) “forem detectadas condições inadequadas de atendimento ou constatada a inexistência de leitos vagos para a internação de pacientes, com superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência; b) houver pacientes que necessitem de unidade de terapia intensiva e não houver leito disponível; c) quando o Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência receber pacientes encaminhados na condição de „vaga zero”.

Art. 18. “Uma vez acionado em função da superlotação, o diretor técnico do hospital deverá notificar essa circunstância ao gestor responsável e ao Conselho Regional de Medicina, para que as medidas necessárias ao enfrentamento de cada uma das situações sejam desencadeadas”.

Parágrafo único. “Nos casos de recusa ou omissão por parte do gestor, o diretor técnico deverá comunicar imediatamente o fato ao Ministério Público, dando ciência ao Conselho Regional de Medicina”.

Baseada nas Resoluções, Pareceres, RDC da ANVISA, Código de Ética Médica e Código Penal Brasileiro, respondo as perguntas feitas pelo consulente:

Questão 1: Inexistindo vagas em leitos de UTI - Unidades de Tratamento Intensivo, a instituição hospitalar é obrigada a aceitar novos pacientes que de tais leitos necessitem, caso seja uma unidade de “ porta aberta” para urgência e emergência e os pacientes cheguem via SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ou requisição judicial?

Resposta: Sim, uma vez que para ser porta aberta para urgência e emergência é necessário um contrato entre a instituição e o gestor do município, o hospital não pode negar a chegada de pacientes encaminhados pelo médico regulador do serviço pré-hospitalar.

Questão 2: Caso positiva a resposta ao questionamento nº 1, tais pacientes poderão esperar por quanto tempo em leitos improvisados no pronto socorro?

Resposta: O ideal é o paciente permanecer no máximo 24 horas no pronto socorro. Neste tempo, ele deve ser internado ou receber alta.

Questão 3: Caso positiva a resposta ao questionamento nº 2, qual o tempo máximo de permanência e quais as condições técnicas mínimas que tais leitos deverão apresentar?

Resposta: A infraestrutura do pronto-socorro é normatizada pela ANVISA como determinado na RDC número 50 de 21 de fevereiro de 2002. Lá, está a legislação pertinente à estrutura física e o número de leitos necessários, conforme a demanda do serviço. A Resolução 2.077/2014 do Conselho Federal de Medicina normatiza o sistema de fluxo de pacientes a serem atendidos na emergência, assim como a quantificação da equipe médica que deve estar de plantão.

Questão 4: Caso negativa a resposta ao questionamento nº 1, a quais responsabilidades administrativas, civis, criminais e ético-disciplinares, estão sujeitos os profissionais médicos que recusarem o internamento de novos pacientes, tendo em vista a superlotação hospitalar?

Resposta: A recusa de atendimento de pacientes em emergência caracteriza omissão de socorro, situação considerada infração ética e crime.

Questão 5: Por fim, quais as recomendações para evitar que os pacientes, que necessitam de vagas em leitos de UTI, fiquem esperando por dias em leitos improvisados no pronto-socorro?

Resposta: O Diretor Técnico do Hospital deve sempre estar em contato com o gestor do município, informá-lo da necessidade de aumento do número de leitos de UTI e de leitos hospitalares de sua instituição, a fim de que a demanda do pronto-socorro seja suprida de maneira eficaz.

CONCLUSÃO

O contrato entre uma instituição hospitalar e o gestor municipal determina se o local é referência para atendimentos de urgência e emergência. Logo, a partir deste contrato, há um comprometimento para receber pacientes em estado grave, incluindo pacientes encaminhados como VAGA ZERO. A Vaga Zero é definida pelo médico da regulação, que tem esta autoridade a ele delegada pelo gestor (legislador). Os médicos que trabalham no Setor de Emergência não devem recusar assistir aos doentes. Uma vez que se isso acontecer, fica caracterizada omissão de socorro (situação caracterizada como infração ética e crime). O paciente do Setor de Emergência deve ser estabilizado e encaminhado para internamento ou receber alta em 24 horas. Caso haja superlotação no hospital e não haja vagas de UTI, é de responsabilidade do coordenador de fluxo do pronto-socorro, e na ausência deste, do diretor técnico da instituição, encaminhar este paciente a outro hospital que tenha leito de UTI disponível para continuidade do tratamento. Por sua vez, nos casos de superlotação hospitalar, o diretor técnico da instituição deve notificar o fato ao gestor e ao CRM para que medidas de enfrentamento sejam desencadeadas. Nos casos de recusa ou omissão por parte do gestor, o diretor técnico deverá comunicar, imediatamente, o fato ao Ministério Público, dando ciência ao Conselho Regional de Medicina.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 06 de novembro de 2017.

CONS^a NAZAH CHERIF MOHAMAD YOUSSEF

Parecerista

PARECER CRM-PR Nº 2614/2017

Aprovado e homologado

Sessão Plenária nº 4592, de 06 de novembro de 2017.