

## MINUTA DE RESOLUÇÃO CFM

**Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos prontos-socorros hospitalares, assim como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.**

O Conselho Federal de Medicina, no uso e atribuições que lhe confere a Lei 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

**CONSIDERANDO** o direito à saúde estabelecido pelo artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde prestados pelo Poder Público, previsto no artigo 196 da Carta Magna;

**CONSIDERANDO** que o Código de Ética Médica estabelece os princípios da prática médica de qualidade e que os Conselhos de Medicina são os órgãos supervisores e fiscalizadores do exercício profissional, e das condições de funcionamento dos serviços médicos prestados à população:

**CONSIDERANDO** que o Conselho Federal de Medicina deve regulamentar e normatizar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços de prontos-socorros hospitalares, tendo como objetivo que neles o desempenho ético-profissional da medicina seja exercido;

**CONSIDERANDO** a Portaria 2048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, instituindo a “vaga zero” e estabelecendo as condições para a habilitação e certificação dos médicos para atuarem nos prontos-socorros hospitalares;

**CONSIDERANDO** que as condições de atendimento nos prontos-socorros hospitalares no país atentam contra a dignidade dos pacientes, não respeitando os Direitos Humanos;

**CONSIDERANDO** que as condições de trabalho do médico nos prontos-socorros hospitalares podem comprometer sua capacidade de fazer o melhor pelo paciente;

**CONSIDERANDO** as responsabilidades do médico, ética, civil e criminal, como pessoal e intransferível;

**CONSIDERANDO** a necessidade de quantificar a equipe médica para atuar nos prontos-socorros hospitalares, de acordo com o número e perfil esperados de pacientes a serem atendidos no local, de forma a garantir a autonomia do médico em seu exercício profissional, visando preservar a saúde do ser

humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

**CONSIDERANDO** a adoção dos protocolos de classificação de risco para melhor organização assistencial dos prontos-socorros hospitalares;

**CONSIDERANDO** que os pacientes classificados como de maior grau de urgência necessitam frequentemente de assistência equivalente à oferecida em unidade de terapia intensiva e observação médica constante;

**CONSIDERANDO** que os prontos-socorros hospitalares se tornaram porta de entrada no sistema de saúde aos pacientes sem acesso a atenção primária, e que são parte integrante do hospital onde estão localizados.

**CONSIDERANDO** que os hospitais devem disponibilizar leitos de agudos em número suficiente para suprir a demanda de pacientes oriundos dos prontos-socorros hospitalares;

#### **RESOLVE:**

**Art. 1º** - Tornar obrigatória a implantação do acolhimento com classificação de risco para atendimento dos pacientes nos prontos-socorros hospitalares com volume de atendimento acima de 50.000 pacientes por ano.

**Art. 2º** - Todo paciente que tiver acesso ao pronto-socorro hospitalar 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.

**Art. 3º** - Determinar, na forma do anexo desta Resolução, o sistema de fluxo dos pacientes e as normas para a quantificação da equipe médica para trabalhar nos prontos-socorros hospitalares.

**Art. 4º** - Tornar obrigatória a presença do médico *Gerente de Fluxo* nos prontos-socorros de hospitais com mais de 50.000 atendimentos/ano no setor, cujas funções estão normatizadas no anexo desta resolução.

**Art. 5º** - Tornar necessária a qualificação mínima dos profissionais médicos para o trabalho em pronto-socorro hospitalar, mediante o disposto no Capítulo VII, item 2, alínea B-3, da Portaria nº 2048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002.

**Art. 6º** - É dever do médico plantonista do pronto-socorro hospitalar dialogar, pessoalmente ou por telefone, com o médico regulador ou de sobreaviso, sempre que for solicitado ou que solicitar estes profissionais, fornecendo todas as informações visando a melhor assistência ao paciente;

**Art. 7º** - O médico de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, dar assistência no pronto-socorro hospitalar quando solicitado para interconsulta, no menor tempo possível, devendo se comunicar de imediato quando contatado pelo hospital, sendo também o responsável até a alta, pelo tratamento dos pacientes internados pelo pronto-socorro hospitalar em seu nome.

**Art. 8º** – Recomenda-se que o médico de plantão no pronto-socorro hospitalar não cumpra jornada de trabalho superior a 12 horas contínuas. O tempo mínimo de descanso recomendado entre as jornadas de trabalho em pronto-socorro deverá ser de 6 horas, salvo os casos previstos em lei.

**Art. 9º** - Em nenhuma hipótese deverá haver pacientes internados no pronto-socorro hospitalar;

**Art. 10º** - O tempo máximo de permanência do paciente no pronto-socorro hospitalar será de 12 h, após o qual o mesmo deverá ter alta ou ser internado.

**Art. 11** – O hospital deverá ter uma área de internação de curta duração, localizada fora do pronto-socorro hospitalar, com permanência máxima de 72 h, exclusiva para os pacientes internados pelo pronto-socorro hospitalar, onde não poderão ser colocados pacientes que necessitem de cuidados intensivos. Nesta área, os pacientes já estarão sob responsabilidade dos médicos para os quais foram internados, e não dos plantonistas do pronto-socorro hospitalar;

**Art. 12** – O hospital deverá disponibilizar leitos de internação para pacientes com quadros agudos já estabilizados, em todas as enfermarias dos serviços, que serão exclusivos para os pacientes oriundos do pronto-socorro hospitalar e em número suficiente para suprir a demanda existente. Em caso de superlotação e ocupação de todos os leitos para pacientes com quadros agudos, não poderá haver, em nenhuma hipótese, qualquer dificuldade para que os pacientes oriundos do pronto-socorro hospitalar ocupem outros leitos existentes nas enfermarias.

**Art. 13** – O médico plantonista do pronto-socorro hospitalar deverá acionar imediatamente o Gerente de Fluxo, e na ausência 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 de urgência;
- b) Houver pacientes que necessitem de Unidade de Terapia Intensiva e não houver leito disponível;
- c) Quando o pronto socorro hospitalar receber pacientes encaminhados em “vaga zero”;

§ 1º A “vaga zero” 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;

§ 2º O encaminhamento de pacientes como “vaga zero” é prerrogativa e de responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que obrigatoriamente deverão fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento;

§ 3º No caso de utilizar-se a “vaga zero” em pronto-socorro hospitalar superlotado, caberá à equipe médica estabilizar o paciente e após obtidas as condições clínicas que permitam a transferência, o fato será comunicado a regulação, persistindo a responsabilidade do gestor público pela obtenção de vagas para continuidade do tratamento e, se necessário, com a compra de leitos na forma da lei.

**Art. 14** – Uma vez acionado em função da superlotação, o Diretor Técnico do hospital deverá notificar o gestor municipal ou estadual, para que as medidas necessárias ao enfrentamento de cada uma das situações sejam desencadeadas. Nos casos de recusa ou omissão por parte do gestor, o Diretor Técnico deverá comunicar imediatamente o fato ao Ministério Público.

## ANEXO

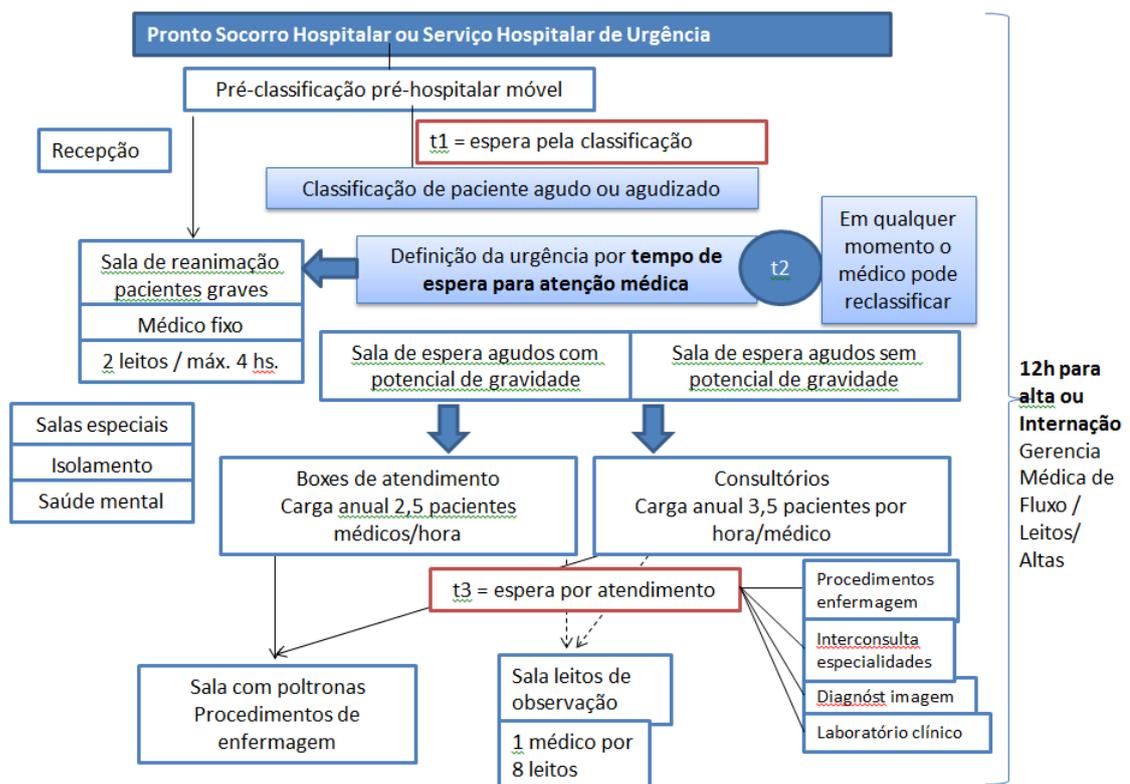
É obrigatória a implantação nos ambientes de prontos-socorros hospitalares de um sistema de classificação de pacientes de acordo com a gravidade do agravo à saúde que apresentam, que deve ser realizado por profissionais capacitados, não podendo o paciente ser liberado ou encaminhado à outro local sem ser consultado por médico do setor. A classificação deve ser feita obrigatoriamente em local que assegure a privacidade e o sigilo do paciente, podendo este ter duas ou mais salas de classificação para os momentos de maior fluxo de atendimento, resguardadas as condições de privacidade.

Para os pacientes classificados como de máxima urgência, a sala de reanimação ou de procedimentos avançados deverá ter capacidade de no mínimo dois pacientes com as devidas áreas de circulação e contar com

médico exclusivo no local. O paciente não deverá ficar mais de 4 horas na sala de reanimação.

Considerando que os prontos-socorros hospitalares recebem frequentemente pacientes portadores de doenças infectocontagiosas e psiquiátricas, é obrigatória a existência de salas específicas para isolamento e para pacientes psiquiátricos.

No fluxo geral do pronto-socorro hospitalar, após a classificação dos pacientes estes deverão seguir dois fluxos conforme sua condição: 1. pacientes graves; 2. pacientes agudos com potencial de gravidade e pacientes agudos sem potencial de gravidade.



Todo serviço de pronto-socorro hospitalar deverá ter as suas dimensões projetadas conforme a responsabilidade de cobertura populacional assignada ao serviço e segundo as especialidades que oferece na organização regional e a gravidade esperada dos pacientes que ai se dirigem ou são referenciados pela regulação regional. Recomenda-se que seja calculado o volume anual de pacientes e se distribua pela carga horária médica contratada.

Para fins de dimensionamento dos profissionais médicos necessários para o adequado atendimento nos prontos-socorros hospitalares aos pacientes agudos com e sem potencial de gravidade, portanto excluídos os médicos para atender na sala de reanimação de pacientes graves e os responsáveis pelos pacientes em observação, utilizaremos como referencia desejável o máximo de três pacientes por hora / médico. Para fins deste cálculo ficam excluídos os médicos residentes e os médicos especialistas de sobreaviso, presencial ou a distância, que efetivamente não participam do 1º atendimento no Pronto-Socorro.

No que tange aos recursos humanos dos prontos-socorros hospitalares, os mesmos devem ser capazes de comprovar uma quantidade adequada de médicos, baseando-se em fórmulas recomendadas pela literatura especializada.

O número de médicos contratados para atendimento no PS a pacientes agudos com e sem potencial de gravidade, não deve ser inferior a um médico assistente por cada 3 consultas/hora no cálculo anual.

O número de consultórios deverá ser adequado ao número de médicos definidos acima, de forma a atender a demanda, respeitada a classificação de risco, cujo tempo para atendimento deverá ser comunicado ao paciente no momento em que o mesmo for classificado.

O número de médicos na Sala de Observação (leitos) deve ser proporcional a 1 médico para cada 8 pacientes / leitos por turno de 6 h.

Se calcula que 10% dos pacientes que vem a consultas de urgências hospitalares usarão a sala de observação, a qual deverá ser planejada conforme esta dimensão de demanda.

O Gerente de Fluxo é o médico encarregado de coordenar e agilizar o processo de atenção às urgências, controlando a mobilidade / fluxo temporalmente adequado da atenção ao paciente. Este Gerente médico é a autoridade coordenadora do serviço de urgência presente no serviço e com autoridade sobre todos os leitos assignados como de agudos no hospital e sobre os demais leitos quando necessário e devidamente normatizado

internamente. Assume a responsabilidade pelo processo de remanejamento e alta dos pacientes quando for necessário e controla os tempos de internação e o perfil de desempenho das unidades assistenciais e do corpo profissional em termos do cumprimento dos padrões de qualidade assistencial nos tempos adequados e com os melhores resultados terapêuticos, assim como vela pelos padrões de segurança dos pacientes nos processos assistenciais. Constitui-se em autoridade delegada expressamente pelo responsável médico do pronto-socorro hospitalar e pela Direção Geral do Hospital.

A Portaria 2048 define conteúdos teóricos e práticos necessários para a habilitação de médicos e demais profissionais que atuam nos ambientes de urgência. A Portaria estabelece a necessidade de certificação dessas habilidades mediante instituição pública e de igual maneira indica a necessidade que a capacitação para instalar esses conhecimentos e habilidades deva dar-se mediante instituição pública.