

MANUAL ORIENTATIVO PARA  
IMPLEMENTAÇÃO GRADUAL DO

# BOTÃO DO PÂNICO



CRM-PR



COMISSÃO DA  
**Mulher  
Médica**



MANUAL ORIENTATIVO PARA  
IMPLEMENTAÇÃO GRADUAL DO

# BOTÃO DO PÂNICO



## **EXPEDIENTE**

### **Coordenação Geral:**

Dr. Eduardo Baptistella – Vice-Presidente

### **Coordenação, Supervisão e Revisão:**

Dr. Rafael Bulgakov Klock Rodrigues – Assessor Jurídico

### **Supervisão Geral:**

Dr. Romualdo José Ribeiro Gama – Presidente

Dr. Eduardo Baptistella – Vice-Presidente

Dr. Anderson Grimminger Ramos – Secretário-Geral

### **Autores:**

Dr. Eduardo Baptistella – Vice-Presidente

Dr. Rafael Bulgakov Klock Rodrigues – Assessor Jurídico

Dr.<sup>a</sup> Maria Casemira Fernandes da Silva – Coordenadora da Comissão de Qualificação Profissional (CQP)

Dr.<sup>a</sup> Edeli dos Santos Pepe – Membro da Comissão da Mulher Médica

Dra. Ana Paola Vargas Baptistella – Membro da Comissão da Mulher Médica

Jony Adriano Schrederhof – Coordenador de TI

### **Consultoria Jurídica:**

Dr. Martim Afonso Palma – Coordenador do Departamento Jurídico

Dr. Afonso Proença Branco Filho – Advogado

Dr. Wilson Cândido Wenceslau Júnior – Assessor Jurídico

**Capa:** Letícia Daniel da Silva

**Projeto gráfico e diagramação:** Victória Romano

**Revisão:** Rômulo Cunha

**Versão digital disponível em:** [www.crmpr.org.br/publicacoes](http://www.crmpr.org.br/publicacoes)

**Tiragem inicial:** 1.000 exemplares

**Impressão:** Gráfica Lions

Curitiba – 2025

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

## GESTÃO 2023/2028

### DIRETORIA

**1º mandato:** de 1º de outubro de 2023 a 31 de março de 2026.

**2º mandato:** de 1º de abril de 2026 a 30 de setembro de 2028.

Presidente:	Dr. Romualdo José Ribeiro Gama (CRM-PR 25.231)
Vice-Presidente:	Dr. Eduardo Baptistella (CRM-PR 20.011)
Secretário-Geral:	Dr. Anderson Grimminger Ramos (CRM-PR 22.629)
1º Secretário:	Dr. Fernando Fabiano Castellano Júnior (CRM-PR 10.302)
2º Secretária:	Dr.ª Cynthia Carvalho Ferreira Bentes (CRM-PR 14.027)
Tesoureiro:	Dr. Maurício Natel Benetti (CRM-PR 13.715)
1ª Tesoureira:	Dr.ª Valéria Caroline Pereira Santos (CRM-PR 25.510)

### Departamento de Processos e Sindicâncias (Deprosin)

Corregedor-Geral:	Dr. Ermelino Franco Becker (CRM-PR 14.790)
1º Corregedor:	Dr. Ramon Cavalcanti Ceschim (CRM-PR 24.298)
2º Corregedor:	Dr. André Bernardi (CRM-PR 24.957)

### Departamento de Fiscalização do Exercício Profissional (DEFEP)

Gestor:	Dr. Carlos Felipe Tapia Carreño (CRM-PR 18.979)
1º Gestor:	Dr. Ricardo Benvenutti (CRM-PR 13.778)
2º Gestor:	Dr. Eduardo Hümmelgen (CRM-PR 13.530)

### Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME)

Coordenadora:	Dr.ª Andressa Costa da Cunha (CRM-PR 34.115)
Membro da Codame:	Dr.ª Eloisa Amanda Geisler (CRM-PR 8.963)
Membro da Codame:	Dr.ª Katiuscia da Cunha Lopes Fogaca (CRM-PR 42.913)
Membro da Codame:	Dr. Leandro Raicoski Schimmelpfeng (CRM-PR 20.453)
Membro da Codame:	Dr. Sérgio Medeiros Alves (CRM-PR 27.560)

### Departamento de Inscrição e Qualificação Profissional (DEIQP)

Gestor:	Dr. Carlos Otávio Fonseca Valente (CRM-PR 13.667)
1º Gestor:	Dr. Christian Gonçalves Cordeiro (CRM-PR 13.864)

### Comissão de Qualificação Profissional (CQP)

Coordenadora:	Dr.ª Maria Casemira Fernandes da Silva (CRM-PR 10.209)
---------------	--

## **CONSELHEIROS**

Dr. Alberto Toshio Oba (CRM-PR 12.510)  
Dr.<sup>a</sup> Andréa Regina Baréa Hartmann (CRM-PR 19.909)  
Dr. Carlos Alexandre Martins Zicarelli (CRM-PR 26.188)  
Dr.<sup>a</sup> Carmela Regina Cabral Brocher (CRM-PR 24.813)  
Dr. Dario Daros Pozzo (CRM-PR 4.652)  
Dr. David Bongiolo Mattos (CRM-PR 31.579)  
Dr.<sup>a</sup> Edeli dos Santos Pepe (CRM-PR 18.904)  
Dr. Fabrício Kovalechen (CRM-PR 18.715)  
Dr. Hélcio Bertolozzi Soares (CRM-PR 3.448)  
Dr. João Osório Baréa (CRM-PR 6.731)  
Dr. José Jacyr Leal Júnior (CRM-PR 9.908)  
Dr. Julio Cesar Haeffner Santos da Rocha Loures (CRM-PR 20.237)  
Dr. Kleber Ribeiro Melo (CRM-PR 23.015)  
Dr. Lucas Kraeski Krum (CRM-PR 34.674)  
Dr. Luiz Roberto Castro Santos (CRM-PR 12.475)  
Dr. Márcio Pedro Martins (CRM-PR 14.832)  
Dr.<sup>a</sup> Melyssa Grignet Ribeiro (CRM-PR 33.090)  
Dr.<sup>a</sup> Patrícia Aletheia Alves da Silva (CRM-PR 17.963)  
Dr. Ronnie de Oliveira Barreto Arrais Ykeda (CRM-PR 29.636)  
Dr. Samir Ale Bark (CRM-PR 12.721)  
Dr. Wilmar Mendonça Guimarães (CRM-PR 3.711)

## **CONSULTORIA JURÍDICA**

Martim Afonso Palma (Coordenador do Departamento Jurídico)  
Afonso Proença Branco Filho (Advogado)  
Wilson Cândido Wenceslau Júnior (Assessor de Diretoria)  
Rafael Bulgakov Kloch Rodrigues (Assessor de Diretoria)

MANUAL ORIENTATIVO PARA  
IMPLEMENTAÇÃO GRADUAL DO

# BOTÃO DO PÂNICO



Dr. Romualdo José Ribeiro Gama

*Presidente*

Dr. Eduardo Baptistella

*Vice-Presidente*

Dr. Anderson Grimminger Ramos

*Secretário-Geral*

# INTRODUÇÃO

## OBJETIVO DO GUIA

Este manual foi pensado para ajudar médicos, diretores técnicos e gestores a colocarem em prática a Resolução CRM-PR n.º 253/2025 de forma simples e progressiva.

Ele não cria novas obrigações, apenas traduz em linguagem prática o que já está na norma, sugerindo caminhos de implementação por fases e respeitando o porte e a realidade de cada serviço de saúde.

Ressaltamos que a implementação do botão do pânico é facultativa para as instituições particulares compostas por até cinco (5) médicos, desde que assinado termo de compromisso a ser disponibilizado, cujo Responsável Técnico se comprometerá com a garantia da segurança dos profissionais sob sua alçada e adotará outras medidas cabíveis, como livro de ocorrências e registro no site do CRM-PR.

A lógica é a seguinte:

### **Fase 1 – Implementação imediata (mínimo indispensável)**

O que já precisa existir desde a vigência da resolução, mesmo com soluções simples.

### **Fase 2 – Consolidação (até 12 meses)**

Momento de padronizar rotinas, melhorar equipamentos e registros, testar o sistema e corrigir falhas.

### **Fase 3 – Plena conformidade (até 24 meses)**

Quando o serviço atinge o padrão máximo esperado em instalação, segurança, registros e integração com outros sistemas.

Nada impede que o estabelecimento comece direto na Fase 3, se tiver condições. A ideia é não adotar um modelo punitivo imediato, mas sim um caminho claro de adequação com evolução obrigatória.

# CAPÍTULO 1: LOCALIZAÇÃO E INSTALAÇÃO DO DISPOSITIVO/HARDWARE (ART. 1º, § 1º)

O botão do pânico pode ser fixo ou portátil, mas sempre deve ser de acionamento discreto, em lugar fácil para o médico e difícil para o agressor perceber ou bloquear.

## 1.1. FASE 1 – MÍNIMO EXIGÍVEL

O objetivo aqui é garantir que exista de fato um botão funcional em cada ponto de atendimento médico.

Haver pelo menos um dispositivo de botão do pânico em cada sala de atendimento, em local acessível e discreto.

Aceitam-se soluções simples, inclusive com baterias básicas ou ligação direta à rede elétrica, desde que o botão funcione.

### **Sugestões de localização – dispositivos fixos:**

- ▶ Sob o tampo da mesa do consultório, fora do campo de visão do paciente;
- ▶ Sob o balcão de recepção ou triagem;
- ▶ Em botões discretos de parede, sem identificação aparente, em salas de espera ou postos de enfermagem.

### **Sugestões de dispositivos portáteis:**

- ▶ Aplicativos em smartphones institucionais ou pessoais homologados;
- ▶ Crachás funcionais com botão de pânico integrado;
- ▶ Pequenos dispositivos tipo “chaveiro” para profissionais em circulação (visita a leitos, equipes de segurança etc.).

O importante na Fase 1: se o médico precisar, ele conseguirá acionar o botão de forma rápida e discreta.

## **1.2. FASE 2 – ORGANIZAÇÃO E PADRONIZAÇÃO (ATÉ 12 MESES)**

Aqui a ideia é facilitar a manutenção e diminuir o tempo em que o sistema fica inoperante.

Padronizar as instalações para que o botão possa ser trocado rapidamente, sem necessidade de quebrar parede ou refazer cabeamento.

Organizar fiação de forma protegida, para evitar rompimentos acidentais ou vandalismo.

## **1.3. FASE 3 – PADRÃO MÁXIMO DE INSTALAÇÃO (ATÉ 24 MESES)**

O foco agora é a durabilidade e segurança do sistema.

Priorizar equipamentos com certificação específica (proteção contra líquidos, higienização frequente, segurança elétrica compatível com ambiente de saúde).

Preferir padrões de mercado com assistência técnica acessível, facilitando reposição e reparos.

## CAPÍTULO 2:

# SISTEMA DE ALERTA, COMUNICAÇÃO INTERNA E LOCALIZAÇÃO PRECISA (ART. 2º, II E III)

A resolução exige que o sistema: 1) mostre onde o incidente está acontecendo (sala, consultório, setor); e 2) garanta comunicação direta e previamente combinada com quem vai responder (segurança interna, equipe designada) e, quando houver possibilidade, com a força de segurança pública.

### 2.1. COMO INFORMAR O LOCAL EXATO

Algumas alternativas:

- Botões fixos: a localização é resolvida pelo próprio cadastro do dispositivo (ex.: “Botão 01 = Consultório 3”);
- Sistemas portáteis (apps, crachás, chaveiros);
- GPS: auxilia em áreas externas, mas dentro de prédios é pouco preciso.

- ▶ *Wi-Fi/Rede móvel*: dá uma noção de área, porém nem sempre aponta a sala exata;
- ▶ *Beacons (Bluetooth/proximidade)*: pequenos sensores em salas ou corredores que identificam qual dispositivo está mais próximo no momento do acionamento – solução adequada para ambientes internos.

Cada serviço pode escolher a tecnologia que caiba na sua realidade, desde que alguém consiga saber claramente de onde partiu o alerta.

## **2.2. FASE 1 – ALERTA INTERNO MÍNIMO E CANAL COM SEGURANÇA PÚBLICA**

Na Fase 1, o serviço precisa garantir resposta interna básica e um canal mínimo com segurança pública, ainda que manual.

Haver pelo menos um painel simples no local de monitoramento (portaria, recepção, sala de segurança), indicando qual sala acionou o botão, com alerta sonoro audível naquele posto.

Definir por escrito quem receberá o alerta e quem se deslocará até o local (por exemplo, segurança interna ou equipe de apoio).

Haver um roteiro básico para contato com Polícia Militar, Guarda Municipal ou segurança do prédio, informando o que dizer e para qual número ligar (190, 153 ou outro canal institucional).

O essencial: o botão dispara um alerta para que alguém efetivamente veja e responda, não apenas acenda uma luz em algum lugar.

## **2.3. FASE 2 – DEIXAR O ALERTA MAIS CLARO E CONFIÁVEL (ATÉ 12 MESES)**

Aprimorar o painel para que seja visível a distância, com identificação clara de sala, consultório ou setor.

Padronizar o som do alarme, evitando confusão com outros sinais (como campainhas e outros avisos).

Estender o alerta para outros pontos importantes da unidade, como sala da direção, enfermagem e segurança patrimonial.

## **2.4. FASE 3 – INTEGRAÇÃO COM OUTROS SISTEMAS (ATÉ 24 MESES)**

Integrar o botão a uma planta digital da unidade ou a um software de gestão, mostrando em tempo real onde ocorreu o acionamento.

Quando houver CFTV, vincular o alerta à câmera do setor, facilitando a visualização da cena.

Se possível, integrar com sistemas da segurança pública (por convênios ou APIs), sempre mantendo um plano B manual (telefone, rádio, contato direto).

## CAPÍTULO 3: **REGISTRO DE DADOS, COMUNICAÇÃO COMPULSÓRIA E AUDITORIA (ART. 5º)**

A resolução prevê que os casos de violência e uso do botão do pânico sejam comunicados ao CRM-PR por meio de canal que o próprio Conselho disponibilizará.

Além de atender à norma, esse registro ajudará a dimensionar o problema das agressões, apoiar a defesa do profissional em eventual procedimento administrativo ou judicial e orientar políticas públicas e melhorias de segurança.

### **3.1. FASE 1 – COMUNICAÇÃO BÁSICA E FORMULÁRIO ELETRÔNICO**

Manter livro de ocorrências contendo a descrição pormenorizada de cada fato relevante associado ao acionamento do botão.

Utilizar o formulário eletrônico do CRM-PR, em aba específica do site, sempre que houver agressão ou acionamento do botão.

O formulário deverá ser preenchido, preferencialmente, pelo Diretor Técnico ou pelo médico agredido, contendo no mínimo:

- data e hora do fato;
- nome do estabelecimento;
- município;
- profissionais agredidos e gênero (para fins estatísticos);
- tipo de agressão (verbal, ameaça, física, dano patrimonial etc.);
- se houve acionamento do botão;
- tempo de resposta interna e, quando for o caso, da segurança pública;
- se houve boletim de ocorrência e seu número.

### **3.2. FASE 2 – LIVRO OU SISTEMA INTERNO DE OCORRÊNCIAS (ATÉ 12 MESES)**

Criar um livro de ocorrências, físico ou eletrônico, padronizado, com as mesmas informações do formulário, aprimorando o sistema trazido na Fase 1.

Utilizar esses registros em reuniões de gestão para discussão de riscos, necessidade de mudança na estrutura física e apoio aos profissionais.

### **3.3. FASE 3 – REGISTROS AUTOMÁTICOS INVIOLÁVEIS (ATÉ 24 MESES)**

Implantar sistemas com logs automáticos que registrem data, hora, local e duração de cada acionamento.

Garantir armazenamento seguro desses dados, permitindo comprovar, inclusive, o acionamento do botão e o tempo de resposta.

# CAPÍTULO 4:

## PROTOCOLOS DE USO E TREINAMENTO DA EQUIPE (ART. 3º, § 3º)

Não basta o botão estar instalado: a equipe precisa saber quando e como usá-lo e o que acontece depois do acionamento.

### 4.1. FASE 1 – ORIENTAÇÃO BÁSICA (JÁ NA VIGÊNCIA)

Incluir, na integração de novos colaboradores, um momento específico sobre o botão do pânico:

- onde ficam os dispositivos;
- em que situações acionar (ameaça, agressão, risco iminente);
- o que acontece depois (quem vem, para onde o paciente é conduzido, como proteger o médico).
- Realizar orientações rápidas periódicas em reuniões de equipe, reforçando que o botão é um instrumento de proteção, não motivo de punição para quem o aciona de boa-fé.

## **4.2. FASE 2 – SIMULAÇÕES E AJUSTES DE FLUXO (ATÉ 12 MESES)**

Fazer simulações programadas (por exemplo, trimestrais), incluindo:

- aviso prévio à equipe para evitar pânico real;
- registro do tempo de resposta;
- anotação das dificuldades encontradas (por exemplo, ninguém ouviu o alarme, demora para localizar a sala etc.).

Usar o resultado das simulações para ajustar fluxos, rever localização de botões e melhorar a comunicação entre os setores.

## **4.3. FASE 3 – FORMAÇÃO AMPLIADA E CUIDADO PÓS-INCIDENTE (ATÉ 24 MESES)**

Oferecer treinamento mais completo sobre:

- gestão de crise e desescalada de conflitos;
- atendimento ao profissional vítima (acolhimento psicológico, suporte jurídico, afastamento temporário quando necessário);
- articulação com rede de apoio (saúde do trabalhador, psicologia, serviço social, jurídico).

# CAPÍTULO 5:

## PROTOCOLOS DE USO E TREINAMENTO DA EQUIPE (ART. 4º)

A norma deixa claro que o gestor é o responsável pela manutenção do sistema. Um botão que não funciona, na prática, equivale a não tê-lo.

### 5.1. FASE 1 – GARANTIR QUE O BOTÃO FUNCIONE

Verificar se todos os dispositivos estão operantes.

Estabelecer rotina simples para dispositivos portáteis:

- conferência da bateria no início do plantão;
- carregamento ao final do turno.

Em botões fixos:

- inspeção visual periódica (cabos, conexões, fixação);
- verificação da alimentação elétrica.

A falha do sistema em situação de risco pode caracterizar infração ética por parte do Diretor Técnico.

## **5.2. FASE 2 – TESTES E REGISTROS DE MANUTENÇÃO (ATÉ 12 MESES)**

Implantar testes mensais documentados em planilha ou sistema, registrando:

- ▶ data do teste;
- ▶ setor ou sala testada;
- ▶ resultado;
- ▶ medidas corretivas adotadas, quando houver.

Sempre que possível, ligar botões a nobreaks ou fontes de energia redundantes.

## **5.3. FASE 3 – MONITORAMENTO CONTÍNUO (ATÉ 24 MESES)**

Adotar sistemas com autodiagnóstico que avisem automaticamente quando um botão estiver desconectado, sem bateria ou inoperante. Quando viável, habilitar monitoramento remoto, com alertas para responsáveis técnicos em caso de falhas críticas.

# CAPÍTULO 6:

## QUADRO-RESUMO DOS PRAZOS DE ADEQUAÇÃO

Para facilitar o planejamento, é possível resumir as fases da seguinte forma:

### **NA VIGÊNCIA DA RESOLUÇÃO (FASE**

#### **1 – IMPLEMENTAÇÃO IMEDIATA):**

- ▶ botão funcional em cada sala de atendimento, em ponto acessível ao médico;
- ▶ alerta chegando para alguém responsável, com fluxo interno mínimo definido;
- ▶ livro de ocorrências, com descrição de cada fato associado ao acionamento do botão;
- ▶ formulário eletrônico do CRM-PR sendo usado sempre que houver ocorrência;
- ▶ equipe orientada sobre o que é o botão, quando e como usar;
- ▶ rotina simples de verificação do funcionamento.

## **ATÉ 12 MESES (FASE 2 – CONSOLIDAÇÃO):**

- instalações mais padronizadas, facilitando troca e manutenção;
- painéis de alerta mais claros, com som padronizado e visível em pontos estratégicos;
- livro ou planilha de ocorrências e de testes mensais;
- simulações periódicas incorporadas à rotina.

## **ATÉ 24 MESES (FASE 3 – PLENA CONFORMIDADE):**

- equipamentos certificados, adequados ao ambiente hospitalar e à higienização;
- sistema integrado a planta digital, CFTV e, quando possível, segurança pública;
- logs automáticos, autodiagnóstico e treinamento ampliado da equipe, inclusive em gestão de crise e acolhimento pós-incidente.

Em resumo, este manual orientativo oferece um passo a passo possível para que serviços de diferentes portes consigam, pouco a pouco, sair do mínimo indispensável e alcançar o padrão máximo de proteção, em conformidade com a Resolução CRM-PR n.º 253/2025.

Cabe agora adaptar as sugestões à realidade de cada serviço, registrar o que for feito e manter a equipe informada e treinada.

# CANAIS PARA CONTATO

**Dúvidas gerais** devem ser encaminhadas para o e-mail:  
protocolo@crmpr.org.br

**Solicitação de Parecer:**  
<https://www.crmpr.org.br/Solicitacao-de-Parecer-24-153.shtml>

**Comissão da Mulher Médica:**  
Contato: (41) 3240-4094 (ramal e WhatsApp)

**Setor de Acolhimento:**  
Telefone (41) 3240-4051

**Denúncia de invasão do ato médico:**

defesadoatomedico@crmpr.org.br

Telefone/WhatsApp (41) 98405-8373

Instagram @defesadoatomedicocrmpr

**Denúncia de violência contra o médico:**

Telefone (41) 3240-7800

medicodenuncia@crmpr.org.br





