



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

REQUERIMENTO nº 10/2022

Solicita informações ao Sr. Presidente da FUNBEPE, relativamente ao funcionamento do Hospital Humberto Piva, em especial o seu pronto-socorro.

Em que pese as dificuldades financeiras enfrentadas pela Funbepe, as quais levam, por conseguinte, a dificuldades de gestão em geral, mas considerando os constantes reclamos da parte da população com relação ao atendimento disponibilizado pelo nosocômio, **REQUEIRO-**, com observância dos ditames regimentais, após ouvido o douto Plenário, seja expedido ofício ao Sr. Presidente da Funbepe – Fundação Beneficente Pedreira, solicitando-lhe seja informado a esta Câmara Municipal se o Hospital Humberto Piva vem observando as normas de funcionamento expedidas pelo CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, conforme Resoluções anexas, de nºs. 1.451, de 10/03/1995, 2.077, de 16/09/2014, 2.079, de 16/08/2014, 3.236/89-CFM, 2.147, de 27/10/2016.

Em caso de não atendimento de quaisquer dos itens, informar os motivos, devidamente justificados.

Sala das Sessões “Vereador Dario Gomes de Oliveira”, em 03 de fevereiro de 2022.

CARLOS HENRIQUE TEIXEIRA PIRES
“Nenê do Pirajá”
Vereador

Justificativa

A Funbepe é uma associação beneficente que recebe numerário da Prefeitura Municipal de Pedreira, sendo considerado por todos um patrimônio pedreirense.

Não é segredo que a associação enfrenta graves problemas financeiros, levando seus diretores e colaboradores a lidar com os mais variados problemas cotidianos.

O intuito da apresentação de tais questionamentos reside na necessidade do conhecimento da real situação da gestão do hospital.



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Resolução CFM nº 1.451, de 10/03/1995

Assunto: Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Prontos-Socorros Públicos e Privados.

Fonte: DOU, Sec. I, de 17/03/1995, p. 3.666

Situação: Norma na Íntegra. Ver Resoluções CFM 2.077/14 e 2.079/14.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

Considerando 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 Código de ética Médica estabelece os princípios norteadores da boa prática médica;

Considerando que os Conselhos de Medicina constataram condições estruturais, materiais e humanas inadequadas ao atendimento à população nos serviços de Prontos Socorros;

Considerando a necessidade de estabelecer as normas mínimas para funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto-Socorro;

Considerando, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 10 de março de 1995,

Resolve:

Art. 1º - Os estabelecimentos de Prontos-Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

§ 1º - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

§ 2º - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Art. 2º - A equipe médica do Pronto-Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas:

- Anestesiologia;
- Clínica-médica;
- Pediatria;
- Cirurgia-geral;
- Ortopedia.

Art. 3º - A sala de emergência deverá, obrigatoriamente, estar equipada com:

- Material para reanimação e manutenção cardio-respiratória;



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

- Material para oxigenação e aspiração;
- Material para procedimento de urgência.

Art. 4º - Os recursos técnicos mínimos disponíveis, em funcionamento ininterrupto, para o Pronto-Socorro, deverão ser:

- Radiologia;
- Laboratório de análises clínicas;
- Centro cirúrgico;
- Unidade de Terapia Intensiva;
- Unidade Transfusional;
- Farmácia básica para urgência;
- Unidade de transporte equipado.

Art. 5º - O estabelecimento de Pronto-Socorro deverá permanecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto.

Art. 6º - Os diferentes portes de Pronto-Socorros de maior complexidade deverão ser definidos em cada Estado pelos Conselhos Regionais de Medicina, de acordo com as realidades regionais e as necessidades de atendimento à população.

Art. 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São Paulo, 10 de março de 1995.

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antônio Henrique Pedrosa Neto
Secretário-Geral

Resolução CFM nº 2.077, de 16/09/2014

Assunto: Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.

Fonte: Publicada no D.O.U. de 16 de setembro de 2014, seção I, p. 80

Situação: Norma na íntegra



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842/13;

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 Hospitalares de Urgência e Emergência, tendo como objetivo que, neles, o desempenho ético-profissional da medicina seja exercido;

CONSIDERANDO o estabelecido na Resolução CFM nº 1.493/98 e o fato de que a responsabilidade médica é individual em relação ao paciente;

CONSIDERANDO a Portaria nº 2.048/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 Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência;

CONSIDERANDO que as condições de atendimento prestados pela maioria dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência no país frequentemente atentam contra a dignidade dos pacientes;

CONSIDERANDO que as condições de trabalho do médico nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência podem comprometer sua capacidade de fazer o melhor pelo paciente;

CONSIDERANDO as responsabilidades do médico, ética, civil e criminal, como pessoais e intransferíveis;

CONSIDERANDO a necessidade de quantificar a equipe médica para atuar nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, 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, com vistas a preservar a saúde do ser



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

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 Acolhimento com Classificação de Risco para melhor organização assistencial dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência;

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 Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência se tornaram porta de entrada no sistema de saúde aos pacientes sem acesso à atenção primária, e que são parte integrante do hospital onde estão localizados;

CONSIDERANDO que os hospitais devem disponibilizar leitos de retaguarda em número suficiente para suprir a demanda de pacientes oriundos dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 24 de julho de 2014,

RESOLVE:

Art. 1º Esta resolução se aplica aos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, públicos e privados, civis e militares, em todos os campos de especialidade.

Parágrafo único. Entende-se por Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência os denominados prontos-socorros hospitalares, pronto-atendimentos hospitalares, emergências hospitalares, emergências de especialidades ou quaisquer outras denominações, excetuando-se os Serviços de Atenção às Urgências não Hospitalares, como as UPAs e congêneres.

Art. 2º Tornar obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para atendimento dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.

Parágrafo único. O tempo de acesso do paciente à Classificação de Risco deve ser imediato, sendo necessário dimensionar o número de classificadores para atingir este objetivo.

Art. 3º Todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência 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.



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Art. 4º Determinar, na forma do anexo desta resolução, o sistema de fluxo dos pacientes e as normas para a quantificação adequada da equipe médica para trabalhar nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.

Art. 5º Tornar necessária a presença do médico coordenador de fluxo nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência com mais de 50.000 atendimentos/ano no setor, cujas funções estão normatizadas no anexo desta resolução.

Art. 6º As diretorias clínica e técnica, bem como a direção administrativa do hospital, devem garantir qualidade e segurança assistencial ao paciente e ao médico no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, de acordo com o disposto no anexo desta resolução.

Art. 7º Tornar obrigatória a qualificação dos profissionais médicos para o trabalho em Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, mediante o disposto no Capítulo VII, item 2, alínea B-3, da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, capacitação essa de responsabilidade dos gestores, segundo o preconizado pela portaria.

Parágrafo único. É obrigação do diretor técnico do hospital exigir documentalmente do gestor a capacitação prevista no caput.

Art. 8º É obrigatória a passagem de plantão, médico a médico, na qual o profissional que está assumindo o plantão deve tomar conhecimento do quadro clínico dos pacientes que ficarão sob sua responsabilidade.

Art. 9º É obrigatório o registro completo da assistência prestada ao paciente na ficha de atendimento de emergência/boletim de atendimento/prontuário médico, constando a identificação dos médicos envolvidos no atendimento.

Art. 10. É obrigação do médico plantonista dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência dialogar, pessoalmente ou por telefone, com o médico regulador ou de sobreaviso, sempre que for solicitado ou que solicitar esses profissionais, fornecendo todas as informações com vistas a melhor assistência ao paciente.

Art. 11. O médico de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, dar assistência nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência quando solicitado para interconsulta, justificada e registrada no prontuário pelo médico solicitante, no menor tempo possível, devendo se comunicar de imediato quando contatado pelo hospital.

Art. 12. Estabelecida a necessidade de internação, o paciente passa a ser responsabilidade do médico de sobreaviso, ou do médico internista ou de qualquer outro médico responsável pela internação, até a alta pela sua especialidade ou a transferência do paciente para outro profissional.

Parágrafo único. Enquanto o paciente internado estiver nas dependências do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, as intercorrências por ele apresentadas deverão ser atendidas pelos médicos plantonistas deste setor, caso o médico assistente esteja ausente; no entanto, este deverá ser imediatamente



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

comunicado do fato, sendo a responsabilidade da assistência compartilhada, objetivando sempre o melhor tratamento para o paciente.

Art. 13. É direito do paciente ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta, sendo proibida a internação em nome de serviço.

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".

§ 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 responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que deverão, 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.

§ 3º Em caso de transferência de pacientes de unidades de saúde para hospitais de maior complexidade em "vaga zero", as informações detalhadas em relação ao quadro clínico do paciente deverão ser encaminhadas, por escrito, pelo médico solicitante do serviço de saúde de origem.



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

§ 4º No caso de utilizar-se a "vaga zero" em Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência superlotado ou sem capacidade técnica de continuidade do tratamento, caberá à equipe médica estabilizar o paciente e, após obtidas as condições clínicas que permitam a transferência, comunicar o fato à regulação, persistindo a responsabilidade do gestor público pela obtenção de vagas para a continuidade do tratamento e, se necessário, com a compra de leitos na forma da lei.

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.

Art. 19. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 24 de julho de 2014

ROBERTO LUIZ D'AVILA HENRIQUE BATISTA E SILVA
Presidente Secretário-geral

ANEXO I DA RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14

1. Definição de leitos de retaguarda

No Brasil, a Portaria MS/SAS nº 312, de 2 de maio de 2002, define 24 horas como o período máximo de observação hospitalar e estabelece uma padronização de nomenclatura para o censo hospitalar nos hospitais integrantes do SUS, elaborada com vistas a permitir que esse censo gerasse informações de abrangência nacional. A citada portaria não define leitos de retaguarda.

No entanto, esta nomenclatura é consagrada no ambiente de urgência e emergência. Assim, definimos leitos de retaguarda como aqueles de internação dedicados a atenção de pacientes agudos ou agudizados internados pelo Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, devendo esses leitos ser dimensionados conforme o volume esperado de internações.

Neste cenário não devem ser considerados como de retaguarda os leitos de observação no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, os leitos de pré-parto, os leitos de recuperação pós-anestésica, os berços de alojamento conjunto e os leitos de berçário para recém-nascidos saudáveis.

2. Acolhimento com Classificação de Risco



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

É obrigatória a implantação nos ambientes dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência de um sistema de classificação de pacientes de acordo com a gravidade do agravo à saúde que apresentam, e que deve ser realizado por profissionais médicos ou enfermeiros capacitados. O paciente classificado por enfermeiro não pode ser liberado ou encaminhado a outro local sem ser consultado por médico.

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. Ao chegar ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, o acesso dos pacientes ao Setor de Classificação de Risco deve ser imediato. Assim, o tempo de espera para ser classificado deverá tender a zero, com os tempos de espera diferenciais para acesso ao médico emergencista não ultrapassando, na categoria de menor urgência, 120 minutos.

O médico poderá, no contato com o paciente, rever a classificação para fins de prioridade maior ou menor nas etapas subsequentes de atendimento. A classificação das necessidades urgentes do paciente define seu fluxo em todo o processo de atenção hospitalar e todos os setores devem estar cientes dessa definição. O bom uso da classificação afeta o fluxo e a qualidade assistencial dos pacientes do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência no conjunto da instituição hospitalar.

Para serviços com menos de 50.000 consultas/ano pode-se discutir a necessidade da classificação sempre que não tenham um histórico de espera inadequada, embora não se possa prescindir da recepção e acolhimento informados para identificar necessidades que devam ser imediatamente respondidas.

Há diversas escalas de classificação que podem ser adotadas e que possuem especificidades importantes, devendo-se observar a distinção entre as escalas utilizadas para adultos e crianças, em saúde mental e em obstetrícia, para maior sensibilidade e especificidade. Quando a classificação for realizada por enfermeiros, o protocolo adotado obrigatoriamente deverá ser baseado em sintomas, não podendo envolver diagnóstico médico.

3. Sistema de fluxo

O acesso dos pacientes ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência se faz por demanda espontânea ou por meio de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência (SAMU, Corpo de Bombeiros e pré-hospitalar móvel privado). Os pacientes demandados de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência podem ser pré-classificados, dependendo do contato prévio da regulação médica. Os pacientes pré-classificados podem ter acesso direto à sala de reanimação de pacientes graves. Os demais pacientes deverão passar pelo processo de Acolhimento com Classificação de Risco.

No fluxo geral do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, após a Classificação de Risco, os pacientes poderão seguir três fluxos conforme sua



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

condição: 1. pacientes graves; 2. pacientes com potencial de gravidade; 3. pacientes sem potencial de gravidade.

O algoritmo abaixo (figura 1) descreve o fluxo dos pacientes no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, de acordo com sua classificação.

Figura 1. Algoritmo de fluxo do paciente no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.

Define-se como Sala de Reanimação a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são atendidos os pacientes com iminente risco de vida ou sofrimento intenso, necessitando de intervenção médica imediata.

Define-se como Sala de Observação de Pacientes com Potencial de Gravidade a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são mantidos os pacientes que necessitem vigilância constante e possível intervenção imediata.

Define-se como Sala de Observação de Pacientes sem Potencial de Gravidade a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são mantidos os pacientes que necessitem vigilância e acompanhamento médico intermitente.

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 Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência recebem frequentemente pacientes portadores de doenças infectocontagiosas e psiquiátricas, é obrigatória a existência de salas específicas para isolamento para doenças infectocontagiosas e salas específicas para o atendimento aos pacientes psiquiátricos.

4. Quantificação da equipe médica

Todo Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá ter suas dimensões projetadas conforme a responsabilidade de cobertura populacional e especialidades que oferece na organização regional.

Para fins de dimensionamento do número de profissionais médicos necessários para o adequado atendimento nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, recomenda-se o cálculo do volume anual de pacientes e sua posterior distribuição pelo número de profissionais médicos contratados e respectivas cargas horárias. Isto se refere aos médicos que prestam o primeiro atendimento, os emergencistas. Médicos horizontais, médicos residentes, médicos estagiários e estudantes da graduação em Medicina não podem ser contabilizados como equipe médica contratada para atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência. No entanto, devem ser considerados para o dimensionamento das necessidades de áreas físicas como consultórios, onde atenderão sob supervisão, quando for o caso.



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

A sala de reanimação de pacientes graves deve disponibilizar o mínimo de dois leitos por médico no local, podendo o número de leitos e médicos ser maior, sempre nessa proporção, considerando a demanda de pacientes do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência que utilizarão este setor, onde os pacientes poderão permanecer no máximo por 4 horas.

Para as consultas aos pacientes 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, utiliza-se como referência desejável o máximo de três pacientes por hora/médico. Para fins desse cálculo ficam excluídos os médicos horizontais, os médicos residentes, os médicos especialistas de sobreaviso, presencial ou a distância, ou qualquer outro médico que não participe do primeiro atendimento no pronto-socorro.

Assim, como exemplo para fins práticos, considerando um Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência com 50.000 atendimentos anuais (4.167 atendimentos/mês ou 139 atendimentos/dia ou 6 atendimentos/hora), excluídos pacientes graves atendidos na sala de reanimação, seriam necessários dois médicos por turno para o atendimento. Esta é uma fórmula geral utilizada para o planejamento do número de médicos a serem contratados, de maneira a evitar o subdimensionamento da equipe médica, demora para o atendimento e sobrecarga de trabalho médico.

As variações em número de atendimentos entre meses, dias da semana e horários do dia devem ser quantificadas e avaliadas e, se necessário, resultar em redistribuição adequada do número de médicos por turnos de serviço, buscando equilíbrio entre demanda e oferta do atendimento.

No entanto, em nenhum momento essa fórmula de cálculo autoriza que o médico nas urgências atenda três pacientes na hora e espere a próxima hora para atender outros três pacientes. A dinâmica da atenção às urgências é contínua e o cálculo de até três pacientes hora/médico por turno deve ser apenas utilizado como base para o planejamento da quantificação do número mínimo de médicos para o atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.

Uma vez quantificado o número de médicos na equipe, deve se estabelecer o número de consultórios necessários para atender a demanda de consultas.

Na área de observação de pacientes com e sem potencial de gravidade, deve se disponibilizar no mínimo um médico para oito leitos, considerando a demanda de pacientes do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência que utilizarão este setor, onde poderão permanecer no máximo 24 horas.

A equipe de médicos emergencistas do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência poderá se revezar nos diferentes setores de atendimento durante o turno do plantão.

5. Coordenador de fluxo



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

O coordenador de fluxo é médico com funções exclusivamente administrativas, presente diariamente no serviço, que não se confunde com o chefe/coordenador médico do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.

O médico coordenador de fluxo tem autoridade delegada expressamente pelo chefe do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência e pelos diretores Clínico e Técnico do hospital. Sua atuação deve estar ajustada à política da instituição, em consonância com as normas dos diversos serviços hospitalares e em complemento à atuação das diretorias clínica e técnica.

O coordenador de fluxo tem como responsabilidades:

- a) agilizar a transferência e trâmites burocráticos de pacientes com alta pelo médico assistente, quando necessário;
- b) controlar os tempos dos processos de atendimento e realização de exames complementares;
- c) zelar pelos padrões de segurança dos pacientes nos processos assistenciais;
- e) controlar o acesso aos leitos de retaguarda do hospital e aos demais leitos, quando necessário, desde que autorizado pela direção clínica e técnica da instituição.

6. Qualidade e segurança assistencial ao paciente e ao médico no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, do Ministério da Saúde, tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Essa resolução se aplica aos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Essa RDC determina que a direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP). O PSP, elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde.

Para que a equipe médica desenvolva seu trabalho, as condições adequadas de segurança no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência são de responsabilidade do diretor clínico, diretor técnico e da direção administrativa do hospital. Os médicos plantonistas deverão denunciar ao Ministério Público e ao Conselho Regional de Medicina todas as situações que ponham em risco sua segurança para o exercício profissional, esgotadas as tentativas de solução com as diretorias da instituição.

7. Capacitação da equipe médica



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

A Portaria GM/MS no 2.048, de 5 de novembro de 2002, define os conteúdos teóricos e práticos necessários para a capacitação de médicos que atuam nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. A portaria estabelece a necessidade de certificação dessas habilidades mediante instituição pública e de igual maneira indica a necessidade de que a capacitação para instalar esses conhecimentos e habilidades deve dar-se mediante instituição pública.

Recomenda-se a criação dos núcleos de educação permanente em urgência e emergência, de modo a aplicar o previsto na Portaria GM/MS no 2.048/02.

Mauro Luiz Britto Ribeiro
Relator

Resolução CFM nº 2.079, de 16/08/2014

Assunto: Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades.

Fonte: Publicada no D.O.U. de 16 de setembro de 2014, seção I, p. 81

Situação: Norma na íntegra

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842/13;

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 UPAs e congêneres, tendo como objetivo o desempenho ético-profissional da medicina;



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

CONSIDERANDO as portarias nos 1.601/11, 2.648/11, 2.820/11, 342/13, 104/14 e 106/14 do Ministério da Saúde, que estabelecem as diretrizes para a implantação e conjunto de serviços nas UPAs;

CONSIDERANDO que as Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as portas de urgências hospitalares, nas quais em conjunto com essas compõe uma organizada Rede de Atenção às Urgências;

CONSIDERANDO que as UPAs e congêneres são integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração da Rede de Atenção às Urgências, com o estabelecimento de Acolhimento e Classificação de Risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;

CONSIDERANDO que a estratégia de atendimento das UPAs e congêneres está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência - SAMU que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação;

CONSIDERANDO que as UPAs e congêneres se tornaram porta de entrada no sistema de saúde aos pacientes sem acesso à atenção primária, que são parte integrante da rede de atenção em que estão localizados;

CONSIDERANDO a necessidade de quantificar e qualificar a equipe médica para atuar nas UPAs e congêneres, 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;

CONSIDERANDO as responsabilidades do médico, ética, civil e criminal, como pessoais e intransferíveis;

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

CONSIDERANDO que os hospitais devem disponibilizar referência de leitos aos pacientes em número suficiente para suprir a demanda de pacientes oriundos das UPAs e congêneres;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada no dia 14 de agosto de 2014,

RESOLVE:

Art. 1º Esta resolução se aplica às UPAs 24h e a todas as unidades 24h não hospitalares congêneres de atendimento às urgências e emergências, doravante denominadas UPAs.



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Art. 2º Define-se como UPA o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde/Saúde da Família e a rede hospitalar, devendo com essas compor uma rede organizada de atenção às urgências.

Art. 3º Tornar obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para atendimento dos pacientes nas UPAs.

Parágrafo único. O tempo de acesso do paciente à Classificação de Risco deve ser imediato, sendo necessário dimensionar o número de classificadores para atingir esse objetivo.

Art. 4º Todo paciente com agravo à saúde que tiver acesso à UPA saúde deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico.

Art. 5º Determinar, na forma do anexo desta resolução, o sistema de fluxo dos pacientes e as normas para quantificação da equipe médica necessária para trabalhar na UPA.

Art. 6º As diretorias clínica e técnica, bem como a direção administrativa, devem garantir qualidade e segurança assistencial ao paciente e ao médico na UPA, de acordo com o disposto no anexo desta resolução.

Art. 7º Tornar necessária a qualificação mínima dos profissionais médicos para o trabalho em UPAs, mediante o disposto no Capítulo VII, item 2, alínea B-3 da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, capacitação essa de responsabilidade dos gestores, segundo preconizado pela portaria.

Parágrafo único. É obrigação do diretor técnico da UPA exigir documentalmente do gestor a capacitação prevista no caput.

Art. 8º É obrigatória a passagem de plantão, médico a médico, na qual o profissional que está assumindo o plantão deve tomar conhecimento do quadro clínico dos pacientes que ficarão sob sua responsabilidade.

Art. 9º É obrigatório o registro completo da assistência prestada ao paciente na ficha de atendimento de emergência/boletim de atendimento/prontuário médico, constando a identificação dos médicos envolvidos no atendimento.

Art. 10. É dever do médico plantonista da UPA dialogar com o médico regulador ou de outra instituição hospitalar sempre que for solicitado ou que solicitar a esses profissionais transferências, avaliações ou internação, fornecendo todas as informações com vistas a melhor assistência ao paciente.

Art. 11. Estabelecida a necessidade de maiores recursos diagnósticos e terapêuticos ou de internação do paciente atendido na UPA, o mesmo deve ter garantido pelo gestor o acesso aos serviços hospitalares para este fim.



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Art. 12. O tempo máximo de permanência do paciente na UPA para elucidação diagnóstica e tratamento é de 24h, estando indicada internação após esse período, sendo de responsabilidade do gestor a garantia de referência a serviço hospitalar.

Art. 13. Pacientes instáveis, portadores de doenças de complexidade maior que a capacidade resolutive da UPA, em iminente risco de vida ou sofrimento intenso, devem ser imediatamente transferidos a serviço hospitalar após serem estabilizados, se necessário utilizando a "vaga zero".

Art.14. É vedada a permanência de pacientes intubados no ventilador artificial em UPAs, sendo necessária sua imediata transferência a serviço hospitalar, mediante a regulação de leitos.

Art. 15. É vedada a internação de pacientes em UPAs.

Art. 16. Os serviços de saúde de referência deverão disponibilizar atendimento para os pacientes encaminhados pelas UPAs, inclusive internação hospitalar, não devendo ser criadas barreiras de acesso aos mesmos uma vez constatada a necessidade.

Art. 17. O médico plantonista da UPA deverá acionar imediatamente o diretor técnico da unidade quando:

- a) Forem detectadas condições inadequadas de atendimento na UPA, com superlotação das salas de observação e/ou de estabilização, ou deficiências na estrutura física;
- b) Houver pacientes que necessitem de unidade de terapia intensiva ou necessidade de transferência para atendimento hospitalar, e não houver leito disponível na Rede;
- c) O médico plantonista da UPA não conseguir transferir paciente no fluxo do sistema de regulação de leitos.

§ 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 responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que obrigatoriamente deverão tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento proveniente da UPA.

Art. 18. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 14 de agosto de 2014.

ROBERTO LUIZ D'AVILA



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM nº 2.079/14

1. Acolhimento com Classificação de Risco

É obrigatória a implantação, nos ambientes das UPAs, de um sistema de classificação de pacientes de acordo com a gravidade do agravo à saúde que apresentam, que deve ser realizado por profissionais médicos ou enfermeiros capacitados. O paciente classificado por enfermeiro não pode ser liberado ou encaminhado a outro local sem ser consultado por médico.

A classificação deve obrigatoriamente ser feita 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. Ao chegar à UPA, o acesso dos pacientes ao Setor de Classificação de Risco deve ser imediato. Assim, o tempo de espera para ser classificado deverá tender a zero, com os tempos de espera diferenciais para acesso ao médico não ultrapassando, na categoria de menor urgência, 120 minutos.

O médico poderá, no contato com o paciente, rever a classificação para fins de prioridade maior ou menor nas etapas subsequentes de atendimento. A classificação das necessidades urgentes do paciente define seu fluxo em todo o processo de atendimento, e todos os setores devem estar cientes dessa definição. O bom uso da classificação afeta o fluxo e a qualidade assistencial dos pacientes no atendimento de emergência nas UPAs.

Há diversas escalas de classificação que podem ser adotadas e que possuem especificidades importantes, devendo-se observar a distinção entre as escalas utilizadas para adultos e crianças, em saúde mental e em obstetrícia, para maior sensibilidade e especificidade. Quando a classificação for realizada por enfermeiros, o protocolo adotado obrigatoriamente deverá ser baseado em sintomas, não podendo envolver diagnóstico médico.

2. Sistema de fluxo

O acesso dos pacientes às UPAs se faz por demanda espontânea ou por meio de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência (SAMU, Corpo de Bombeiros). Os pacientes demandados de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência podem ser pré-classificados, dependendo do contato prévio da regulação médica. Os pacientes pré-classificados podem ter acesso direto à sala de estabilização de pacientes graves. Os demais pacientes deverão passar pelo processo de Acolhimento com Classificação de Risco.



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

No fluxo geral do atendimento de urgência nas UPAs, após a Classificação de Risco, os pacientes poderão seguir três fluxos conforme sua condição: 1. pacientes graves; 2. pacientes com potencial de gravidade; 3. pacientes sem potencial de gravidade.

O algoritmo abaixo (figura 1) descreve o fluxo dos pacientes na UPA, de acordo com sua classificação.

Figura 1. Algoritmo de fluxo do paciente na UPA.

Define-se como Sala de Estabilização a área física da UPA onde são atendidos os pacientes com iminente risco de vida ou sofrimento intenso, necessitando de intervenção médica imediata.

Define-se como Sala de Observação de Pacientes com Potencial de Gravidade a área física da UPA onde são mantidos os pacientes que necessitem vigilância constante e possível intervenção imediata.

Define-se como Sala de Observação de Pacientes sem Potencial de Gravidade a área física da UPA onde são mantidos os pacientes que necessitem vigilância e acompanhamento médico intermitente.

Para os pacientes classificados como de máxima urgência, a sala de estabilização 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 estabilização.

Considerando que as UPAs recebem frequentemente pacientes portadores de doenças infectocontagiosas e psiquiátricas, é obrigatória a existência de salas específicas para isolamento para doenças infectocontagiosas e salas específicas para o atendimento aos pacientes psiquiátricos.

3. Quantificação da equipe médica

As UPAs têm suas dimensões projetadas conforme a responsabilidade de cobertura populacional que oferecem na organização regional, sendo classificadas pelas portarias do Ministério da Saúde em Porte I, II e III.

Para fins de dimensionamento do número de profissionais médicos necessários para o adequado atendimento nas UPAs, recomenda-se o cálculo do volume anual de pacientes e sua posterior distribuição pelo número de profissionais médicos contratados e respectivas cargas horárias. Isto se refere aos médicos que prestam o primeiro atendimento, os emergencistas. Médicos estagiários ou de qualquer outra natureza que não os plantonistas e estudantes da graduação em Medicina não podem ser contabilizados como equipe médica contratada para atendimento na UPA. No entanto, devem ser considerados para o dimensionamento das necessidades de áreas físicas como consultórios, onde atenderão sob supervisão, quando for o caso.



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

A sala de estabilização de pacientes graves deve disponibilizar o mínimo de dois leitos por médico no local, podendo o número de leitos e médicos ser maior, sempre nessa proporção, considerando a demanda de pacientes da UPA que utilizarão este setor, onde os doentes poderão permanecer no máximo por 4 horas.

Para as consultas aos pacientes 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, utiliza-se como referência desejável o máximo de três pacientes por hora/médico. Para fins desse cálculo fica excluído qualquer outro médico que não participe do primeiro atendimento na UPA.

Resolução CFM nº 2.147, de 27/10/2016

(Vigência a partir de 28/04/2017)

Assunto: Estabelece norma sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

Fonte: Publicada no D.O.U. de 27 de outubro de 2016, seção I, p. 332-4.

Situação: REVOGA, A RESOLUÇÃO CFM Nº 1.342, DE 08.03.1991 E RESOLUÇÃO CFM Nº 1.352, DE 28.01.1992; VIGÊNCIA A PARTIR DE 28.04.2017.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 6.821, de 15 de abril de 2009 e Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO o artigo 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que declara que qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada obrigatoriamente tem que funcionar com um diretor técnico, habilitado para o exercício da Medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados;

CONSIDERANDO o artigo 15 da Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que impõe que os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei;

CONSIDERANDO o artigo 12 do Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, que estabelecem que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO o artigo 11 da Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, que estabelece que o diretor técnico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.481, de 08 de agosto de 1997, que determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no país deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes daquela resolução;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.657, de 11 de dezembro de 2002, ou sucedânea, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.980, de 07 de dezembro de 2011, que dispõe sobre as atribuições, deveres e direitos dos diretores técnicos, diretores clínicos e responsáveis pelos serviços na área médica;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 2.007, de 10 de janeiro de 2013, que determina que para exercer o cargo de diretor técnico ou de supervisão, coordenação, chefia ou responsabilidade médica pelos serviços assistenciais especializados é obrigatória a titulação em especialidade médica, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM);

CONSIDERANDO o inciso II do artigo 5º da Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), que disciplina ser ato privativo do médico a coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privadas de médico;

CONSIDERANDO a interpretação do STF na Representação nº 1.056-2, de 04 de maio de 1983, de que o diagnóstico, a prescrição, a execução e/ou supervisão de atos particulares na medicina, bem como a alta do paciente são ínsitos ao médico especialista na área;

CONSIDERANDO o disposto na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que disciplina a existência de planos e seguros de saúde, cooperativas e empresas de autogestão na área médica, notadamente o que consta nos artigos 1º em seus incisos I, II e parágrafos 1º e 2º;

CONSIDERANDO principalmente o artigo 8º, que trata da obrigatoriedade da inscrição nos Conselhos de Medicina, definindo suas obrigações;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013, que estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo, e em especial o artigo 16, que define ambiente médico;

CONSIDERANDO o decidido pelo plenário em sessão realizada em 17 de junho de 2016,



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

RESOLVE:

Art. 1º Instituir competências, direitos e deveres de diretores técnicos e diretores clínicos, adotando o contido no anexo I desta Resolução;

Art. 2º Esta Resolução e seu anexo entrarão em vigor no prazo de 180 dias, contados a partir de sua publicação, quando serão revogadas a Resoluções CFM nº 1.342, de 08 de março de 1991, e nº 1.352, de 17 de janeiro de 1992.

Brasília-DF, 17 de junho de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-Geral

ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2147/2016

Capítulo I

DO ALCANCE DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 1º A prestação de assistência médica e a garantia das condições técnicas de atendimento nas instituições públicas ou privadas são de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina.

Capítulo II

DOS DEVERES DA DIREÇÃO TÉCNICA

Art. 2º O diretor técnico, nos termos da lei, é o responsável perante os Conselhos Regionais de Medicina, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que represente.

§ 1º O provisionamento do cargo, ou função de diretor técnico, se dará por designação da administração pública ou, nas entidades privadas de qualquer natureza, por seu corpo societário ou mesa diretora.



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

§ 2º Nos impedimentos do diretor técnico, a administração deverá designar substituto médico imediatamente enquanto durar o impedimento.

§ 3º São deveres do diretor técnico:

I) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

II) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição;

III) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;

IV) Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, aplicando-se essa mesma regra aos demais profissionais da área da saúde que atuem na instituição;

V) Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, de acordo com regramento da Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013;

VI) Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;

VII) Nas áreas de apoio ao trabalho médico, de caráter administrativo, envidar esforços para assegurar a correção do repasse dos honorários e do pagamento de salários, comprovando documentalmente as providências tomadas junto das instâncias superiores para solucionar eventuais problemas;

VIII) Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;

IX) Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de quaisquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição;

X) Cumprir o que determina a Resolução CFM nº 2056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;

XI) Cumprir o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento;

XII) Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM nº 1.974, de 14 de julho de 2011, ou aquela que a suceder;



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

XIII) Assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição;

XIV) Assegurar que as pessoas jurídicas que atuam na instituição estejam regularmente inscritas no CRM;

XV) Assegurar que os convênios na área de ensino sejam formulados dentro das normas vigentes, garantindo seus cumprimentos.

XVI) Não contratar médicos formados no exterior sem registro nos Conselhos de Medicina.

§ 4º Os diretores técnicos de planos de saúde, seguros saúde, cooperativas médicas e prestadoras de serviço em autogestão se obrigam a zelar:

I) Pelo que estiver pactuado nos contratos com prestadores de serviço, pessoas físicas e pessoas jurídicas por eles credenciados ou contratados, de acordo com previsões da Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014;

II) Para que, por meio DA SUPERVISÃO de seus auditores sejam garantidas as condições físicas e ambientais oferecidas por seus contratados a seus pacientes;

III) Para que, pela supervisão de suas auditorias, seja garantida a qualidade dos serviços prestados, notadamente a vigilância sobre o uso de materiais, insumos e equipamentos utilizados nos procedimentos médicos;

IV) Para que sua relação ocorra sempre de modo formal com o médico, pessoa física e através do diretor técnico médico quando se tratar de pessoas jurídicas;

V) Para que, na OCORRÊNCIA de glosas das faturas apresentadas, seja descrito o que foi glosado E suas razões, SOLICITANDO ao médico, quando pessoa física, e ao diretor técnico, quando pessoas jurídicas, as devidas explicações, DEVENDO AS respostas ou justificativas ser formalizadas por escrito;

VI) Para que as auditorias de procedimentos médicos sejam realizadas exclusivamente por auditores médicos;

VII) Para que nenhuma troca de informações entre o contratante, o qual ele representa, e prestadores de serviços médicos sejam realizados por terceiros, obrigando-se a ser o responsável pelas tratativas com os contratados seja em que cenário for que envolva o ato médico;

VIII) Para que sejam garantidos anualmente os reajustes previstos em lei e acordados entre as partes;

IX) Para que sejam asseguradas, quando houver prestação direta de assistência através de serviços médicos próprios, suas perfeitas condições de funcionamento, quer seja diretamente, se for também seu diretor técnico, ou por meio do diretor



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

técnico designado, podendo se dirigir ao diretor clínico quando a instituição assistencial médica deste dispuser;

X) Pelo respeito aos protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas;

XI) Pela verificação da condição de regularidade de seus contratados, quer pessoa física, quer pessoa jurídica, perante os Conselhos Regionais de Medicina;

XII) Para que não sejam realizadas auditorias a distância.

Capítulo III

DOS DIREITOS DA DIREÇÃO TÉCNICA

Art. 3º É assegurado ao diretor técnico o direito de suspender integral ou parcialmente as atividades do estabelecimento assistencial médico sob sua direção quando faltarem as condições funcionais previstas nessa norma e na Resolução CFM nº 2056/2013, devendo, na consecução desse direito, obedecer ao disposto nos artigos 17 e 18, mais parágrafos desse dispositivo.

Parágrafo único. Quando se tratar do disposto no parágrafo 4º do artigo 2º deste dispositivo, as ações devem obedecer ao estabelecido nos contratos e em acordo com a legislação específica que rege este setor.

Capítulo IV

DO ALCANCE DAS ATRIBUIÇÕES DO DIRETOR CLÍNICO

Art. 4º O diretor clínico é o representante do corpo clínico do estabelecimento assistencial perante o corpo diretivo da instituição, notificando ao diretor técnico sempre que for necessário ao fiel cumprimento de suas atribuições.

Parágrafo único. O diretor clínico é o responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços médicos na instituição, sendo obrigatoriamente eleito pelo corpo clínico.

Art. 5º São competências do diretor clínico:

I) Assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico assistente;

II) Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário;

III) Organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determina as Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 2.056/2013;



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

IV) Exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;

V) Disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências aos médicos plantonistas;

VI) Determinar que, excepcionalmente nas necessidades imperiosas com risco de morte que possam caracterizar omissão de socorro, os médicos plantonistas de UTIs e dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Médica não sejam deslocados para fazer atendimento fora de seus setores.

Capítulo V

DOS DEVERES DA DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 6º São deveres do diretor clínico:

I) Dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição;

II) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição, comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessário ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação e realização de atos periciais quando este estiver inserido em estabelecimento assistencial médico;

III) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;

IV) Supervisionar a efetiva realização do ato médico, da compatibilidade dos recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico e da garantia de assistência disponível aos pacientes;

V) Atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pelo hospital sempre que necessário;

VI) Incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina;

VII) Recepcionar e assegurar, aos estagiários (acadêmicos e médicos) e residentes médicos, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, com a responsabilidade de exigir a sua supervisão.

Capítulo VI

DOS DIREITOS DA DIREÇÃO CLÍNICA



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Art. 7º É assegurado ao diretor clínico dirigir as assembleias do corpo clínico, encaminhando ao diretor técnico as decisões para as devidas providências, inclusive quando houver indicativo de suspensão integral ou parcial das atividades médico-assistenciais por faltarem as condições funcionais previstas na Resolução CFM nº 2056/2013, em consonância com disposto no artigo 20 e parágrafos desse mesmo dispositivo. É, ainda, direito do diretor clínico comunicar ao Conselho Regional de Medicina e informar, se necessário, a outros órgãos competentes.

Capítulo VII

DA CIRCUNSCRIÇÃO E ABRANGÊNCIA DA AÇÃO DE DIRETORES TÉCNICOS E CLÍNICOS

Art. 8º Ao médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como diretor técnico, seja como diretor clínico, em duas instituições públicas ou privadas, prestadoras de serviços médicos, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

§ 1º Excetuam-se dessa limitação as pessoas jurídicas de caráter individual em que o médico é responsável por sua própria atuação profissional.

§ 2º Será permitida exercer a direção técnica em mais de dois estabelecimentos assistenciais quando preencher os requisitos exigidos na Resolução CFM nº 2127/2015.

§ 3º É possível ao médico exercer, simultaneamente, as funções de diretor técnico e de diretor clínico. Para tanto, é necessário que o estabelecimento assistencial tenha corpo clínico com menos de 30 (trinta) médicos.

§ 4º O diretor técnico somente poderá acumular a função de diretor clínico quando eleito para essa função pelos médicos componentes do corpo clínico com direito a voto.

Capítulo VIII

DA TITULAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DA DIREÇÃO TÉCNICA E DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 9º Será exigida para o exercício do cargo ou função de diretor clínico ou diretor técnico de serviços assistenciais especializados a titulação em especialidade médica correspondente, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM).

§ 1º Supervisor, coordenador, chefe ou responsável por serviços assistenciais especializados deverão possuir título de especialista na especialidade oferecida pelo serviço médico, com o devido registro do título pelo CRM, e se subordinam ao diretor



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

técnico e diretor clínico em suas áreas respectivas, não se lhes aplicando a limitação prevista no caput do artigo 8º.

§ 2º O diretor técnico de serviços médicos especializados em reabilitação deverá obrigatoriamente ser médico especialista, ainda que sejam utilizadas técnicas fisioterápicas.

§ 3º Nos estabelecimentos assistenciais médicos não especializados, basta o título de graduação em medicina para assumir a direção técnica ou direção clínica;

Capítulo IX

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10 Em caso de afastamento ou substituição do diretor técnico ou do diretor clínico em caráter definitivo, aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito e sob protocolo, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. A substituição do diretor afastado deverá ocorrer imediatamente, obrigando o diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina, por escrito e sob protocolo.

Art. 11. É obrigatório o exercício presencial da direção técnica e da direção clínica.

Brasília-DF, 17 de junho de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA HENRIQUE BATISTA E SILVA

Presidente Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.147/2016

A atualização do regulamento que trata da definição de competência dos diretores técnicos e diretores clínicos, bem como a criação de uma linha divisória de competência para sua atuação era reclamada há bastante tempo. O estabelecimento de uma linha hierárquica de comando para a atuação de chefes, coordenadores ou supervisores de serviços possibilitando interações e comandos também era necessária, todas visando o bom funcionamento dos estabelecimentos assistenciais médicos ou de intermediação da prestação de serviços médicos.

A Resolução CFM nº 2056/2013 tratou com clareza da possibilidade de suspensão do trabalho dos médicos nos estabelecimentos assistenciais onde trabalhem. Definiu as duas ações possíveis, uma coordenada pelo diretor técnico da instituição conferindo-lhe o direito de, em constatando condições adversas e, com a anuência do Conselho Regional de Medicina, por intermédio de seu departamento de fiscalização, suspender parcial ou completamente o trabalho médico na instituição. A



CÂMARA MUNICIPAL DE PEDREIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

segunda da competência do corpo clínico que, diante das mesmas condições adversas, sempre em consonância com o Conselho Regional de Medicina, por meio de seu departamento de fiscalização, acionada pelo diretor clínico, nos estabelecimentos em que for exigível sua presença, tomar as mesmas providências, coordenando as ações como seu representante.

A Resolução preenche uma lacuna, também reclamada, que é a de definir as responsabilidades de empresas ou instituições de intermediação da prestação de serviços médicos, como seguradoras de saúde, planos de saúde, cooperativas médicas e instituições de autogestão.

Todas as definições estão devidamente fundamentadas em dispositivos legais, como a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, o Decreto-Lei nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, a Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e sucedâneas, conferindo a este dispositivo importância estruturante para a prática da medicina e segurança para a assistência médica da população.

A Resolução inova também em estabelecer para além dos deveres, os direitos de diretores técnicos e clínicos, extensivo às chefias setORIZADAS construídas para a boa administração da medicina.

Apenas como reforço, a Resolução CFM nº 2056/2013 estabeleceu um novo conceito para definir os estabelecimentos assistenciais médicos que é o de ambiente médico. A partir dessa definição, deixou claro o que deve ser exigido para que esse ambiente tenha as condições adequadas de funcionamento. Como tal, definiu também o que compete a cada exercente de cargos de comando para que garanta o bom funcionamento da instituição, a assistência à população e execução do ato profissional, notadamente o ato médico.

Estes são os motivos que submetemos a esta Egrégia Casa.

Brasília-DF, 17 de junho de 2016.

EMMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI
Relator

CLÁUDIO BALDUÍNO SOUTO FRANZEN
Relator