

Câmara Municipal de Rio Claro

Estado de São Paulo

ORDEM DO DIA N° 013/2021

SESSÃO ORDINÁRIA

26/04/2021 (SEGUNDA-FEIRA) - 17:30 HORAS

1 - 2ª Discussão do **PROJETO DE LEI Nº 067/2021 - PREFEITO MUNICIPAL** - Dispõe sobre o programa de Parcelamento Incentivado de Dívida - PID - DAAE, para débitos inscritos em Dívida Ativa até o exercício de 2020, junto ao DAAE, Departamento Autônomo de Água e Esgoto do município de Rio Claro e dá outras providências. **EMENDAS EM SEPARADO DE AUTORIA DO VEREADOR SÉRGIO MONTENEGRO CARNEVALE.** Processo nº 15765.

2 - 1ª Discussão do PROJETO DE LEI Nº 052/2021 - RAFAEL HENRIQUE ANDREETA - Dispõe sobre o tempo máximo de espera nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Públicos do Município de Rio Claro. Parecer Jurídico nº 052/2021 - pela legalidade com ressalva. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça nº 041/2021 - pela legalidade. Parecer da Comissão de Administração Pública nº 032/2021 - pela aprovação. Parecer da Comissão de Políticas Públicas nº 022/2021 - pela aprovação. Parecer da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana nº 014/2021 - pela aprovação. Parecer da Comissão de Acompanhamento da Execução Orçamentária e Finanças nº 022/2021 - pela aprovação. **EMENDA EM SEPARADO DE AUTORIA DO VEREADOR RAFAEL HENRIQUE ANDREETA.** Processo nº 15745.

3 - 1ª Discussão do **PROJETO DE LEI N° 053/2021 - IRANDER AUGUSTO LOPES** - Torna pública a lista de vacinação contra a Covid-19 no Município de Rio Claro. Parecer Jurídico nº 053/2021 - pela legalidade. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça nº 031/2021 - pela legalidade. Parecer da Comissão de Administração Pública nº 031/2021 - pela aprovação. Parecer da Comissão de Políticas Públicas nº 021/2021 - pela aprovação. Parecer da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana nº 013/2021 - pela aprovação. Parecer da Comissão de Acompanhamento da Execução Orçamentária e Finanças nº 021/2021 - pela aprovação. Processo nº 15746.

01

Câmara Municipal de Rio Claro

Estado de São Paulo

PROJETO DE LEI N° 067/2021

PROCESSO N° 15765

2ª DISCUSSÃO

A CÂMARA MUNICIPAL DE RIO CLARO,
delibera o seguinte

PROJETO DE LEI

(Dispõe sobre o programa de Parcelamento Incentivado de Dívida - PID - DAAE, para débitos inscritos em Dívida Ativa até o exercício de 2020, junto ao DAAE, Departamento Autônomo de Água e Esgoto do município de Rio Claro e dá outras providências).

ARTIGO 1º - Fica instituído o Programa de Parcelamento Incentivado de Dívida - PID - DAAE, junto ao DAAE - Departamento Autônomo de Água e Esgoto de Rio Claro, destinado a promover a regularização dos débitos referidos nesta lei, decorrentes de créditos tributários e não tributários, constituídos ou não, inscritos em Dívida Ativa, ajuizados ou a ajuizar, em razão de fatos geradores ocorridos até 31 de dezembro de 2.020.

§ 1º - Para efeito de adesão ao Programa de Parcelamento Incentivado de Dívida - PID DAAE, serão obrigatoriamente considerados todos os débitos, inscritos em dívida ativa, relativos a cada CDC - DV (Ligaçāo de Água / Esgoto ou Fonte Alternativa de Abastecimento), ficando vedada a adesão parcial de débitos.

§ 2º - As reduções previstas neste artigo não serão cumulativas com quaisquer outras reduções previstas em lei.

§ 3º - A adesão ao Programa de Parcelamento Incentivado de Dívida - PID - DAAE de que trata esta Lei efetivar-se-á mediante solicitação do usuário, a qual exclui a concessão de qualquer outro benefício, extinguindo-se os parcelamentos anteriormente concedidos, admitindo-se a transferência de seus saldos remanescentes para a modalidade prevista nesta Lei.

I – Considera-se como usuário, para fins desta Lei, tanto o detentor do domínio do imóvel junto ao Cartório de Registro Imobiliário, quanto o promitente-comprador, por meio de documentação capaz de comprovar essa situação, assim como o usufrutuário; ou locatário; ou fiador, mediante apresentação de Contrato de Locação, devidamente preenchido, assinado por Locador e Locatário e contendo reconhecimento de Firma por cartório de Ambos.

II – No ato da adesão, o usuário deverá apresentar cópia do documento comprobatório de sua condição de responsável tributário, nos termos acima definidos, bem como as cópias do CPF, RG, cuja documentação deverá ser anexada ao termo.

§ 4º - Os usuários que já tiverem aderido à Programa de Parcelamento Incentivado de Dívida - PID anterior poderão fazer um novo PID - DAAE com o saldo remanescente, devendo esse saldo voltar ao seu valor originário, devidamente atualizado com os acréscimos legais, para, após, serem implantados os novos descontos estabelecidos nesta Lei.

ARTIGO 2º - Os usuários que aderirem ao Programa de Pagamento Incentivado da Dívida - PID - DAAE, poderão optar por uma das formas de pagamento abaixo discriminadas:

02

Câmara Municipal de Rio Claro

Estado de São Paulo

a) Para as adesões firmadas entre 03/05/2021 a 30/06/2021:

- I - 100% de desconto nos juros e multas incidentes sobre a dívida consolidada para pagamento a vista ou até 03 (três) parcelas;
- II - 90% de desconto nos juros e multas incidentes sobre a dívida consolidada, mediante o pagamento de 80% do débito de entrada;
- III - 80% de desconto nos juros e multas incidentes sobre a dívida consolidada, mediante o pagamento de 60% do débito de entrada;
- IV - 70% de desconto nos juros e multas incidentes sobre a dívida consolidada, mediante o pagamento de 50% do débito de entrada;
- V - 60% de desconto nos juros e multas incidentes sobre a dívida consolidada, mediante o pagamento de 40% do débito de entrada;
- VI - 50% de desconto nos juros e multas incidentes sobre a dívida consolidada, mediante o pagamento de 25% do débito de entrada;
- VII - 30% de desconto nos juros e multas incidentes sobre a dívida consolidada, mediante o pagamento de 15% do débito de entrada;
- VIII - 20% de desconto nos juros e multas incidentes sobre a dívida consolidada, mediante o pagamento de 10% do débito de entrada;
- IX - 10% de desconto nos juros e multas incidentes sobre a dívida consolidada, mediante o pagamento de 5% do débito de entrada.

Parágrafo único - O prazo constante na letra "a" deste artigo poderá ser prorrogado por Decreto do Chefe do Poder Executivo.

ARTIGO 3º - Usuários que possuírem baixa renda (Conforme Lei Municipal 3.690/2006), mediante comprovação, deverão apresentar os seguintes documentos, atuais, além dos exigidos anteriormente: Cópia do último Holerite, ou Cópia do comprovante de benefício do INSS, ou Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social de todos os moradores, bem como os portadores de Doenças Graves, mediante declaração de Profissional Autorizado, poderão se beneficiar desta Lei, conforme descontos opcionais:

- I - 1+29 parcelas iguais - 100% de desconto nos juros e multas incidentes sobre a dívida consolidada;
- II - 1+59 parcelas iguais - 80% desconto nos juros e multas incidentes sobre a dívida consolidada;
- III - 1+69 parcelas iguais - 70% desconto nos juros e multas incidentes sobre a dívida consolidada;
- IV - 1+79 parcelas iguais - 50% desconto nos juros e multas incidentes sobre a dívida consolidada.

São consideradas doenças graves, para efeito desta Lei:

- a) AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida);
- b) Alienação Mental;
- c) Câncer;
- d) Cardiopatia Grave;
- e) Cegueira (inclusive monocular);
- f) Contaminação por Radiação;
- g) Doença de Paget em estados avançados (Osteite Deformante);
- h) Doença de Parkinson;
- i) Esclerose Múltipla;
- j) Espondiloartrose anquilosante;
- k) Fibrose Cística (Mucoviscidose);
- l) Hanseníase;
- m) Nefropatia grave;
- n) Hepatopatia Grave;
- o) Neoplasia Maligna;
- p) Paralisia Irreversível e Incapacitante;
- q) Tuberculose Ativa.

Câmara Municipal de Rio Claro

Estado de São Paulo

ARTIGO 4º - A formalização do pedido de ingresso ao Programa de Parcelamento Incentivado de Dívida - PID - DAAE implicará o reconhecimento dos débitos nele incluídos e pressupõe, necessariamente, a desistência de eventuais ações, embargos ou exceção de pré-executividade ofertadas na execução fiscal, com renúncia ao direito sobre o qual se fundam, nos autos judiciais respectivos, e da desistência de eventuais impugnações, defesas e recursos apresentados no âmbito administrativo.

§ 1º - Verificando-se a hipótese de desistência da exceção de pré-executividade ou dos embargos à execução fiscal, o devedor concordará com a suspensão do processo de execução pelo prazo do parcelamento a que se obrigou, obedecendo-se o estabelecido no artigo 922 do Código de Processo Civil.

§ 2º - No caso do § 1º deste artigo, liquidado o parcelamento nos termos desta Lei, o DAAE informará o fato ao juízo da execução fiscal e requererá a sua extinção, com fundamento no artigo 924, inciso II, do Código de Processo Civil.

§ 3º - A adesão ao Programa de Parcelamento Incentivado da Dívida - PID - DAAE, previsto nesta lei, não configura a novação prevista no art. 360, inciso I, do Código Civil.

ARTIGO 5º - Os débitos objeto do Programa de Parcelamento Incentivado de Dívida - PID - DAAE serão consolidados no mês do pedido, sendo o resultado, após a aplicação dos benefícios previstos nesta Lei, dividido pelo número de parcelas definido pelo requerente na conformidade do que dispõe os artigos 2º e 3º desta norma legal, limitando-se a pessoas físicas e pessoas jurídicas em 100 parcelas.

§ 1º - Para os débitos inscritos em Dívida Ativa, incidirão também custas, despesas processuais e honorários advocatícios devidos em razão do procedimento de cobrança da Dívida Ativa, nos termos da legislação aplicável.

§ 2º - Na hipótese de parcelamento previstos na presente Lei, o montante de cada parcela mensal não poderá ser inferior a 5% do valor do Salário Mínimo Vigente.

ARTIGO 6º - O vencimento da primeira parcela se dará no dia da assinatura do contrato do Termo de Acordo e confissão de Dívida, e as demais no mesmo dia dos meses subsequentes.

ARTIGO 7º - O deferimento do pedido de parcelamento fica condicionado ao pagamento da primeira parcela, que deverá ser paga (nas instituições homologadas pelo DAAE) e apresentada no balcão de atendimento para a retirada das demais parcelas.

ARTIGO 8º - As parcelas acordadas sofrerão reajuste em toda virada do exercício financeiro, pelo mesmo índice utilizado na correção dos tributos municipais.

ARTIGO 9º - A falta de pagamento de qualquer parcela no vencimento ensejará o acréscimo de multa moratória de 0,33% (zero vírgula trinta e três por cento), por dia de atraso sobre o valor da parcela devida e não paga, até o limite de 10% (dez por cento), acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês ou fração de mês, sobre a importância devida, até o seu pagamento.

ARTIGO 10 - A opção ao Programa de Parcelamento Incentivado de Dívida - PID - DAAE sujeita o usuário à aceitação de todas as condições estabelecidas nesta Lei e constitui confissão irrevogável e irretratável da dívida relativa aos débitos inclusos no presente programa.

Câmara Municipal de Rio Claro

Estado de São Paulo

ARTIGO 11 - A inadimplência por 02 (duas) parcelas consecutivas ou 03 (três) intercaladas, dentro do prazo de pagamento optado pelo usuário, relativamente aos débitos abrangidos pelo Programa de Parcelamento Incentivado de Dívida - PID - DAAE, excluirá o usuário do programa e o DAAE comunicará a autoridade local sobre a retomada do processo de execução fiscal.

§ 1º - A exclusão do usuário do Programa de Parcelamento Incentivado de Dívida - PID - DAAE acarretará, de imediato, a exigibilidade da totalidade do débito confessado e não pago, retornando sobre o montante devido os acréscimos legais, previstos na legislação municipal, à época da ocorrência dos respectivos fatos geradores, além de multa compensatória de 20% (vinte por cento) sobre o total do saldo devedor apurado.

§ 2º - Além das penalidades previstas no parágrafo anterior, os débitos ficarão sujeitos a protesto extrajudicial do título executivo, com o permissivo previsto na Lei Federal nº 9.492/1997, bem como ao ajuizamento ou prosseguimento da execução fiscal e demais medidas legais de cobrança do crédito colocadas à disposição do DAAE - Departamento Autônomo de Água e Esgoto.

ARTIGO 12 - Vencido o prazo final constante da letra "a", do Artigo 2º, da presente Lei, todos os débitos que permanecerem inscritos em Dívida Ativa, e não estiverem atingidos por situações de suspensão de exigibilidade, estarão sujeitos a protesto extrajudicial e /ou execução fiscal.

ARTIGO 13 - As despesas decorrentes com a execução desta Lei correrão por conta de dotação própria, consignada no orçamento vigente, suplementada se necessário.

ARTIGO 14 - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio Claro,

PRESIDENTE

Aprovado por 18 votos favoráveis em 1ª Discussão na Sessão Ordinária do dia 19/04/2021 - Maioria Absoluta.

Câmara Municipal de Rio Claro

Estado de São Paulo

EMENDAS EM SEPARADO DE AUTORIA DO VEREADOR SÉRGIO MONTENEGRO CARNEVALE AO PROJETO DE LEI Nº 067/2021

1 - EMENDA MODIFICATIVA:

O Inciso I do Parágrafo 3º do Artigo 1º do Projeto de Lei nº 067.2021 passa a ter a seguinte redação:

"Artigo 1º (...)
§ 3º (...)

I - Considera-se como usuário, para fins desta Lei, tanto o detentor do domínio do imóvel junto ao Cartório de Registro Imobiliário, quanto o promitente comprador, por meio de documentação capaz de comprovar essa situação, assim como usufrutuário; ou locatário; ou fiador, mediante apresentação de Contrato de Locação, devidamente preenchido, assinado por Locador e Locatário e contendo reconhecimento de Firma por cartório de Ambos. Nas situações em que não se enquadram nas descritas acima, o usuário que fez o uso da prestação de serviços, bem como quem solicitar o parcelamento do débito, poderá aderir o PID mediante assinatura do termo de confissão de dívida, assumindo o débito a ser parcelado, não caracterizando a propriedade do imóvel.

2 - EMENDA MODIFICATIVA:

O Inciso II do Parágrafo 3º do Artigo 1º do Projeto de Lei nº 067.2021 passa a ter a seguinte redação:

"Artigo 1º (...)
§ 3º (...)

II - No ato da adesão, o usuário deverá apresentar cópia do documento comprobatório da sua condição de responsável tributário, servindo para efeitos, comprovantes de endereço do imóvel em questão, onde comprova-se ser o usuário efetivo do serviço, não caracterizando propriedade do imóvel, mas somente a responsabilidade do débito a ser negociado, bem como as cópias do CPF, RG, cuja documentação deverá ser anexada ao termo.

Rio Claro, 22 de abril de 2021.

Sérgio Montenegro Carnevale
Serginho Carnevale
Vereador do Município de Rio Claro/SP

CAMARA SECRETARIA
11ABR2021 15:03

06

Câmara Municipal de Rio Claro

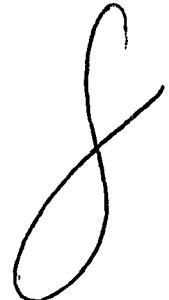
Estado de São Paulo

JUSTIFICATIVAS

CONSIDERANDO que muitos usuários carecem de documentação de propriedade, posse, ou usufruto do imóvel;

CONSIDERANDO que estes usuários gostariam de regularizar os débitos em aberto junto ao DAAE;

CONSIDERANDO a necessidade de desburocratização para recebimento de dívidas, o que será positivo para a Autarquia e ao cliente;



Câmara Municipal de Rio Claro

Estado de São Paulo

PROJETO DE LEI N° 052/2021

Dispõe sobre o tempo máximo de espera nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Públicos Município de Rio Claro.

Art. 1º - Os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Públicos do Município de Rio Claro ficam obrigados a prestar o atendimento no prazo máximo de 120 minutos.

§1º O prazo previsto no caput está consoante com a resolução nº 2.077/14 do Conselho Federal de Medicina.

Art. 2º Os prazos serão computados desde a entrada do usuário até o efetivo atendimento pelo profissional médico ou responsável pelo exame.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Rio Claro, 11 de março de 2021.

RAFAEL ANDREETA
VEREADOR
PTB

Câmara Municipal de Rio Claro

Estado de São Paulo

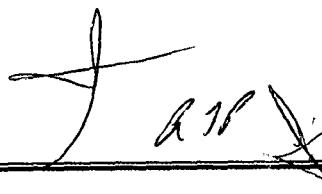
PARECER JURÍDICO N° 52/2021 - REFERENTE AO PROJETO DE LEI N° 52/2021, PROCESSO N° 15745-063-21.

Atendendo ao que dispõe o artigo 136, § 2º, do Regimento Interno da Câmara Municipal de Rio Claro, esta Procuradoria Jurídica emite Parecer a respeito do Projeto de Lei nº 52/2021, de autoria do nobre Vereador Rafael Henrique Andreatta, que dispõe sobre o tempo máximo de espera nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Públicos do Município de Rio Claro.

Inicialmente, cumpre esclarecer, que não cabe a esta Procuradoria Jurídica apreciar o mérito ou conveniência da proposta ora apresentada, pois a matéria é restrita aos senhores Vereadores.

No aspecto jurídico, esta Procuradoria Jurídica ressalta o seguinte:

O Projeto de Lei em questão dispõe sobre assunto de interesse local, o que permite ao Município legislar sobre a matéria, nos termos do artigo 30, inciso I, da Constituição Federal e artigo 8º, inciso I, da Lei Orgânica do Município de Rio Claro.



09

Câmara Municipal de Rio Claro

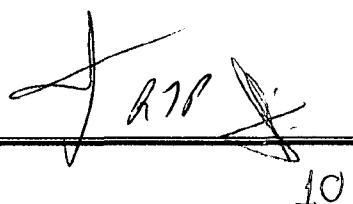
Estado de São Paulo

Não obstante, trata-se de competência do Município suplementar as legislações federal e estadual, no que couber, a teor do artigo 14, inciso I, da LOMRC.

Por sua vez, a iniciativa dos projetos de leis complementares e ordinárias compete ao Vereador, as Comissões, ao Prefeito e aos cidadãos, nos termos do artigo 44, da Lei Orgânica do Município de Rio Claro.

No caso em apreço, o projeto de lei dispõe sobre o tempo máximo de 120 minutos de espera para o atendimento de urgência e emergência no município de Rio Claro – SP, já que o município em seu protocolo de acolhimento com classificação de risco (anexo) na Prioridade III (azul) de atendimento, não define tempo para atendimento, sendo o atendimento apenas por ordem de chegada.

Todavia, sugerimos uma alteração na redação do artigo 1º, com o intuito de torná-lo mais claro, com base nos protocolos de acolhimento com classificação de risco para atendimento de urgência e emergência, de acordo com o Protocolo Manchester, recomendado pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme documentos anexos. Dessa forma, sugerimos que seja apresentada uma emenda modificativa ao projeto de lei em apreço, conforme redação abaixo:



Câmara Municipal de Rio Claro

Estado de São Paulo

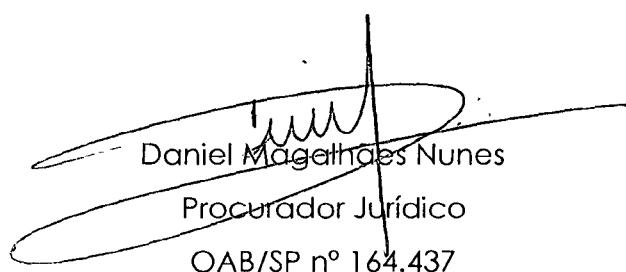
01 – Emenda Modificativa

Altera o caput do artigo 1º, do Projeto de Lei nº 052/2021, ficando o mesmo com a seguinte redação:

"Art. 1º. O município de Rio Claro fica obrigado a prestar o acolhimento com classificação de risco de Urgência e Emergência com Prioridade Azul, conforme Protocolo Manchester em até 120 minutos.".

Dante do exposto, consubstanciado nos motivos de fato e de direito acima aduzidos, esta Procuradoria Jurídica entende que o Projeto de Lei em apreço se **reveste de legalidade, com a ressalva acima apontada.**

Rio Claro, 08 de abril de 2021.



Daniel Magalhães Nunes
Procurador Jurídico
OAB/SP nº 164.437



Ricardo Teixeira Penteado
Procurador Jurídico
OAB/SP nº 139.624



Amanda Gaino Franco
Procuradora Jurídica
OAB/SP nº 284.357

Acolhimento com classificação de risco

V1.01 - Novembro de 2012

Sumário:	Sigla	E-ACE-01
Sigla	Nome	Acolhimento com classificação de risco
Nome	Conceituação	Monitorar a implantação, nos prestadores de serviços hospitalares, de escalas e protocolos de estratificação de risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência.
Conceituação	Domínio	Acesso
Domínio	Relevância	Essencial
Relevância	Importância	O objetivo da implantação de escalas e protocolos de estratificação de risco é classificar os pacientes que chegam aos serviços de urgência e emergência, antes da avaliação diagnóstica e terapêutica completa, de maneira a identificar os pacientes com maior risco de morte ou de evolução para sérias complicações, que não podem esperar para serem atendidos, e garantir aos demais o monitoramento contínuo e a reavaliação até que possam ser atendidos pela equipe médica (Gilboy et al., 2011; Servei Andorrà d'Atenció Sanitària e Organización Panamericana de la Salud, 2011).
Importância	Estágio do Ciclo de Vida	E.2
Estágio do Ciclo de Vida	Periodicidade de Envio dos Dados	
Periodicidade de Envio dos Dados	Público-alvo	
Público-alvo	Usos	
Usos	Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações	
Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações	Meta	
Meta	Fontes dos Dados	
Fontes dos Dados	Ações Esperadas para Causar Impacto no Indicador	
Ações Esperadas para Causar Impacto no Indicador	Limitações e Vieses	
Limitações e Vieses	Referências	

Método de Cálculo	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes classificados por risco na urgência/emergência}}{\text{Nº de pacientes admitidos na urgência/emergência}} \right) \times 100$
Definição de Termos utilizados no Indicador: a) Numerador b) Denominador	<p>a) Numerador – número de pacientes submetidos à classificação de risco de acordo com o sistema implantado no serviço de urgência e emergência do hospital com base em um dos sistemas, escalas ou protocolos estruturados de recepção, acolhimento e classificação de risco internacionalmente reconhecidos, em um mês.</p> <p>b) Denominador – Número de pacientes admitidos no serviço de urgência e emergência, em um mês.</p>
	<p>Consideram-se como sistemas estruturados de recepção, acolhimento e classificação de risco internacionalmente reconhecidos os seguintes: <i>Emergency Severity Index – ESI</i> (Gilboy et al., 2011), <i>Australasian Triage Scale – ATS</i> (Australasian College for Emergency Medicine, 2000b; a), <i>Canadian Triage and Acuity Scale – CTAS</i> (Bullard et al., 2008; Warren et al., 2008), <i>MAT-SET – Modelo Andorrano de Triage e Sistema Español de Triage</i> (Organización Panamericana de la Salud, 2011), e <i>Manchester Triage System – MTS/ Protocolo de Manchester</i> (Mackway-Jones, Marsden e Windle, 2006).</p> <p>Todos os sistemas acima mencionados estratificam os pacientes em cinco níveis de risco: emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente. Recomendam-se estes sistemas por sua maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do quadro clínico real do paciente.</p> <p>No entanto, também são aceitáveis sistemas de estratificação em três níveis de risco: emergente, urgente e não urgente, como o adotado pelo Hospital Universitário Antônio Pedro da UFF (Andrade, 2010). Alguns hospitais privados em nosso país têm adotado a estratificação dos pacientes em três níveis, após triagem rápida pelo sistema ESI (originariamente de cinco níveis): emergência (atendimento imediato de pacientes graves, níveis 1 e 2), urgência (atendimento rápido de pacientes urgentes, menos graves, nível 3, em salas, áreas ou rotas com acesso a um número maior de recursos e procedimentos), e <i>fast track/ super track</i>, sistema de salas ou áreas rápidas, tendo como objetivo a rápida resolução protocolizada de pacientes não graves, de nível 4 - pouco urgente e de nível 5 - não urgente (Neto, 2009b; a; Hospital Israelita Albert Einstein, 2012).</p>
Interpretação	É desejável atingir percentuais mais elevados de aplicação, nos pacientes admitidos no serviço de urgência e emergência, de sistemas estruturados de recepção, acolhimento e classificação de risco.

Periodicidade de Envio dos Dados	Mensal
Público-alvo Usos	<p>Pacientes admitidos nos serviços de urgência e emergência dos hospitais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir aos pacientes de maior gravidade a prioridade no atendimento. • Melhora do fluxo de pacientes com consequente redução do tempo de espera para ser atendido e da superlotação dos serviços de urgência e emergência (Neto, 2009b; a; Hospital Israelita Albert Einstein, 2012). • Organização dos espaços de atendimento dos serviços de urgência e emergência em eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes (Bittencourt e Hortale, 2009). • Aumento da resolutividade dos serviços de urgência e emergência e da satisfação dos clientes e das equipes de saúde (Souza, 2009).
Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações	<p>No âmbito do SUS, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência propõe o acolhimento com classificação de risco realizado por profissional de saúde, de nível superior, com treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos (Ministério da Saúde, 2002). A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS, em analogia ao Protocolo de Manchester, recomenda a organização dos serviços de urgência e emergência em dois grandes eixos: o eixo dos pacientes graves, com risco de morte – eixo vermelho, composto pelas áreas vermelha (emergência propriamente dita, para atendimento imediato dos pacientes em risco de morte), amarela (pacientes críticos e semicríticos estabilizados) e verde (pacientes não críticos em observação); e o eixo dos pacientes não graves – eixo azul (Ministério da Saúde, 2009).</p> <p>Incentivados pelo HumanizaSUS, diversos serviços de urgência e emergência de hospitais gerais e especializados, pronto-socorros e pronto atendimentos da rede do SUS implantaram protocolos de acolhimento com classificação de risco baseados no Protocolo de Manchester (Mafra et al., 2006; Souza, 2009).</p> <p>O Protocolo de Manchester, o Australasian Triage Scale – ATS e o Canadian Triage and Acuity Scale – CTAS definem claramente tempos de espera limite para atendimento médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nível 1 – Manchester Vermelho (Emergente), ATS Categoria 1 (Risco Imediato à Vida), CTAS 1 (Ressuscitação): avaliação médica imediata. • Nível 2 – Manchester Laranja (Muito Urgente), ATS Categoria 2 (Risco Iminente à Vida), CTAS 2 (Emergência): avaliação médica em até 10 minutos. • Nível 3 – Manchester Amarelo (Urgente), ATS Categoria 3 (Potencial Ameaça à Vida/Urgência), CTAS 3 (Urgente): avaliação médica em até 30 minutos. • Nível 4 – Manchester Verde (Pouco Urgente), ATS Categoria 4 (Situação de potencial urgência ou de complicaçāo/gravidade importante), CTAS 4 (Pouco Urgente): avaliação médica em até 60 minutos. • Nível 5 – Manchester Azul (Não Urgente), ATS Categoria 5 (Menos urgente ou problemas clínico-administrativos), CTAS 5 (Não Urgente): avaliação médica em até 120 minutos.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações (cont.)	<p>O Emergency Severity Index – ESI, desenvolvido pela Agência Norte-Americana para a Qualidade e Pesquisa em Cuidado à Saúde – AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), separa inicialmente os pacientes que não podem esperar por atendimento médico daqueles que podem esperar. Para estes pacientes não graves, o enfermeiro que realiza a triagem avalia então o grau de utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos (Gilboy et al., 2011). Alguns hospitais privados brasileiros têm adotado o sistema ESI de maneira a agilizar o atendimento dos pacientes não graves (Neto, 2009b; a; Hospital Israelita Albert Einstein, 2012).</p> <p>Nos EUA, a Associação Americana de Hospitais relatou que dos hospitais afiliados, em 2009, 57% utilizavam o sistema ESI, 25% protocolos de 3 níveis (emergente, urgente e não urgente), 10% protocolos de 4 níveis (emergente, urgente, pouco urgente, não urgente), 6% outros protocolos de 5 níveis que não o ESI, 1% protocolos de 2 níveis ou outros processos de triagem classificatória e 1% não aplicavam triagem classificatória (Gilboy et al., 2011).</p>
Meta	100% dos pacientes submetidos à classificação de risco no serviço de urgência e emergência, em um ano.
Fontes dos Dados	Prontuário do paciente, em papel ou eletrônico, contendo a classificação de risco.
Ações Esperadas para Causar Impacto no Indicador	<p>Promoção de oficinas para a sensibilização da equipe de enfermagem, da equipe médica e dos serviços de apoio envolvidos no atendimento de urgência e emergência quanto à importância da implantação do acolhimento com classificação de risco (Carvalho, Santos e Ferreira, 2011; Ribeiro e Castro, 2011).</p> <p>Capacitação técnica dos enfermeiros para a aplicação do protocolo de acolhimento com classificação de risco adotado pela instituição por meio de treinamento específico (Carvalho, Santos e Ferreira, 2011; Ribeiro e Castro, 2011).</p> <p>Agilização do atendimento de todos os setores do hospital que têm interface a urgência/emergência, de maneira específica a construção de fluxos prioritários de atendimento com o serviço de imagem e laboratório clínico (Carvalho, Santos e Ferreira, 2011; Ribeiro e Castro, 2011).</p> <p>Reformulação interna dos processos de trabalho e da estrutura física da urgência/emergência, adaptando-os aos fluxos do protocolo selecionado (Carvalho, Santos e Ferreira, 2011; Ribeiro e Castro, 2011).</p> <p>Reforço da necessidade de trabalho em equipe, com enfoque especial para os profissionais médicos, para vencer resistências às mudanças produzidas pela implantação do protocolo (Carvalho, Santos e Ferreira, 2011; Ribeiro e Castro, 2011).</p>

Limitações e Vieses	<p>Os pacientes não graves podem não entender a razão de longos períodos de espera para ver o médico, pois a classificação de não urgente feita pela equipe de triagem classificatória muitas vezes não corresponde à ideia que o paciente tem de seu caso, isto é, pacientes que não necessitam de atendimento urgente podem considerar ter um problema urgente ou mesmo emergente (Souza, 2009). Isto pode levar a tensões entre os pacientes e os profissionais de saúde que atuam na urgência/emergência e comprometer a reputação do hospital.</p> <p>Os protocolos que preveem o encaminhamento de pacientes não urgentes para unidades básicas de saúde são particularmente geradores de queixas dos clientes, pois estes podem não aceitar que a decisão de ser atendido pelo médico seja de responsabilidade de outro profissional, em geral de enfermagem, e não do próprio cliente (Ferreira, 2009).</p> <p>Em muitos hospitais norte-americanos que utilizam o sistema ESI, os profissionais de enfermagem têm autonomia para solicitação de exames e administração de medicamentos previamente estabelecidos em protocolos locais, agilizando o atendimento dos pacientes (Souza, 2009). Em Portugal, o fluxograma para "Dor Torácica" do Protocolo de Manchester permite ao enfermeiro que realiza a classificação, antecipar a realização de ECG na área de triagem, cujo resultado é rapidamente avaliado por um médico (Anziliero, 2011). No Brasil, em razão de conflitos sobre a autonomia do profissional de enfermagem, a aplicação destes protocolos pode não produzir a esperada agilização do atendimento dos pacientes.</p>
---------------------	--

<p>Referências</p> <p>Andrade, S. F. Simulação baseada em agentes para alocação de pessoal em procedimento de classificação de risco na emergência de um hospital. (Tese - Doutorado). COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. 220 p.</p> <p>Anziliero, F. Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco: revisão de literatura. (Trabalho de Conclusão de Curso). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. 47 p.</p> <p>Australasian College for Emergency Medicine. Guidelines on the implementation of the Australasian Triage Scale in emergency departments. Australasian College for Emergency Medicine. West Melbourne, Australia. 2000a. (G24). Disponível em: http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_Implementation_ATS.pdf. Acesso em: 20/10/2012.</p> <p>Australasian College for Emergency Medicine. Policy on the Australasian Triage Scale. Australasian College for Emergency Medicine. West Melbourne, Australia. 2000b. (P06). Disponível em: http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/P06_Aust_Triage_Scale - Nov 2000.pdf. Acesso em: 20/10/2012.</p> <p>Bittencourt, R. J.; Hortale, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalares: uma revisão sistemática. Cad Saude Publica, v.25, n.7, Jul, p.1439-1454. 2009.</p> <p>Bullard, M. J., et al. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. CJEM, v.10, n.2, Mar, p.136-151. 2008.</p> <p>Carvalho, A. d. O.; Santos, C. G. d.; Ferreira, C. S. W. Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em um hospital de grande porte no município de São Paulo. In: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (Ed.). Atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p.211-226. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS; v. 3)</p> <p>Ferreira, M. L. Acolhimento: uma revisão da literatura. (Trabalho de Conclusão de Curso). Curso de Especialização "Ato em Atenc" da Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Virgolândia, MG, 2009. 48 p.</p> <p>Gilboy, N., et al. Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD. 2011. (AHRQ Publication No. 12-0014). Disponível em: http://www.ahrq.gov/research/esihandbk.pdf. Acesso em: 20/10/2012.</p> <p>Hospital Israelita Albert Einstein. Hospital expande novo modelo de atendimento da UPA. Informativo Einstein, Edição Janeiro/Fevereiro, Nº 25. 2012.</p> <p>Mackway-Jones, K.; Marsden, J.; Windle, J. Emergency triage / Manchester Triage Group. 2 ed. Oxford: Blackwell. 2006</p> <p>Mafra, A., et al. Acolhimento com classificação de risco no pronto socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens em Belo Horizonte. Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte. 2006. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/images/stories/Documentos/revista_hob_mai06_versao_5.pdf. Acesso em: 23/10/2012.</p> <p>Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Nº 219, 12 de novembro de 2012, Seção 1, p.32-54. 2002.</p> <p>Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2009. 56 p. (Série B - Textos Básicos de Saúde)</p> <p>Neto, P. R. O. Avaliação do tempo de espera para ver o médico no mês de implantação do Sistema de Triagem Quinta D'Or (STQD) - parte 1. II Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência. Fortaleza: Associação Brasileira de Medicina de Emergência. 23 a 26 de setembro, 2009a. p.576.</p> <p>Neto, P. R. O. Avaliação do tempo de espera para ver o médico no Sistema de Triagem Quinta D'Or (STQD) - parte 2: após treinamento específico. II Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência. Fortaleza: Associação Brasileira de Medicina de Emergência. 23 a 26 de setembro, 2009b. p.577.</p> <p>Organización Panamericana de la Salud. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Washington, DC: OPS. 2011. 60 p.</p>

Referências
(cont.)

- Ribeiro, Y. C. N. M. B.; Castro, R. L. V. d. Acolhimento com classificação de risco: dois momentos de reflexão em torno das cores. In: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (Ed.). **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p.181-210. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS; v. 3)
- Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; Organización Panamericana de la Salud. **Organização e Gestão de Urgências - Triagem de Urgências**. Brasília: Treelogic, 2011. Disponível em:
<http://www.trajeset.com/acerca/archivos/PresentacionSET.pdf>. Acesso em: 20/10/2012.
- Souza, C. C. d. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. (Dissertação - Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. 119 p.
- Warren, D. W., et al. Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale paediatric guidelines (PaedCTAS). **CJEM**, v.10, n.3, May, p.224-243. 2008.

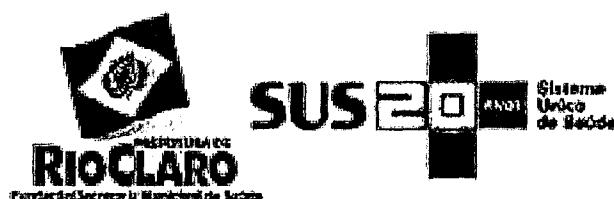




PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Política Municipal de Humanização - PMH

PSMI / PA 29 / PA CHERVEZON



PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

RIO CLARO – SP

ENG. PALMÍNIO ALTIMARI FILHO

PREFEITO DE RIO CLARO

Vice-Prefeita: Olga Lopes Salomão

Dr. MARCO AURÉLIO MESTRINEL

PRESIDENTE / SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Diretor Médico do PSMI e PA 29: Dr. André L. G. Coroa

Diretor Médico do PA Chervezon: Dr. Euclides Denardi Junior

Coordenadora de Área de Urgência e Emergência: Enf. Alcione A. O. Buzo

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

RIO CLARO – SP

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL INTEGRADO – PSMI

Avenida 15, s/n – Saúde

Coord. Técnica Administrativa: Lydia Dimitriou Bounatsos
Serviço Social: Josiane R. dos Santos

PRONTO ATENDIMENTO 29 – PA 29

Avenida 29, 1311 – Bairro do Estádio

Coord. Técnico Administrativo: Antônio do Carmo Alves

PRONTO ATENDIMENTO DO JARDIM CHERVEZON – PA CHERVEZON

Rua M9, 50 – Jardim Independência

Coordenador Técnico Adm. PA Chervezon: Márcia Oliveira Correa
Serviço Social: Marli Bachião Martins Pereira



21

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

AUTORES

BUZO, Alcione Alves Oliveira; BOUNATSOS, Lydia Dimitriou; ALVES, Antônio do Carmo; DOS SANTOS; Josiane R.; CORREA, Márcia Oliveira; SENTOMA, Régis; PEREIRA, Marli Bachião M. RODRIGUES FILHO, Edison; COROA, André L. G.; DENARDI JR, Euclides.

POTENCIAIS UTILIZADORES

Enfermeiros e equipe, médicos, assistentes sociais, farmacêuticos, conselho municipal de saúde, conselho gestor de saúde, polícia civil e militar, corpo de bombeiros, guarda civil municipal, polícia rodoviária federal, funcionários administrativos do pronto socorro, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e comunidade.

PÚBLICO-ALVO

Cidadãos que se encontram em agravos de urgência ou emergência e procuram uma das portas de entrada de Rede SUS.

BIBLIOGRAFIA

The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS), Projeto de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização/ MS, Protocolo de Classificação de Classificação de Risco do Hospital Odilon Behrens, Belo Horizonte/ MG, Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco de Fortaleza/ CE.

INTRODUÇÃO

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização.

A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, seqüelas e internações.

A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

MISSÕES DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- 1 - Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência;
- 2 - Humanizar o atendimento;
- 3 - Garantir um atendimento rápido e efetivo.

OBJETIVOS

- Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico imediato ou imediato;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

NOTA IMPORTANTE

NÃO É UM INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA.

HIERARQUIZA CONFORME A GRAVIDADE DO PACIENTE.

DETERMINA PRIORIDADE DE ATENDIMENTO.

NÃO PRESSUPÔE EXCLUSÃO E SIM ESTRATIFICAÇÃO.

EQUIPE

Equipe multiprofissional: enfermeiro, técnicos e auxiliar de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários.

PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO

É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

A - Usuário procura o serviço de urgência.

B - É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.

C - Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo técnico e auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário.

NOTA IMPORTANTE!

NENHUM PACIENTE PODERÁ SER DISPENSADO SEM SER ATENDIDO, OU SEJA,
SEM SER ACOLHIDO, CLASSIFICADO E ENCAMINHADO DE FORMA RESPONSÁVEL
A UMA UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA.

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

- 1 - Apresentação usual da doença;
- 2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
- 3 - Situação – queixa principal;
- 4 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O₂ – escala de dor – escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
- 5 - Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE (Dados coletados em ficha de atendimento)

- Queixa principal
- Início – evolução – tempo de doença
- Estado físico do paciente
- Escala de dor e de Glasgow
- Classificação de gravidade
- Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios
- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O₂

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. PRIORIDADE I (AMARELA) - URGÊNCIA MÁXIMA - RISCO DE Morte

EQUILÍBRIO CARDIACO E RESPIRATÓRIO. ATENDIMENTO DE CRÍTICO. SINDROME

DE FALTA DE AR (SINDROME DE CHOKING). ATENDIMENTO EM 15 MINUTOS.

RESPIRAÇÃO NARANJA (EXEMPLO: OBSTRUÇÃO AIRWAY, SINDROME SEPARATÓRIA,

OBSTRUÇÃO AIRWAY, SINDROME DE CHOKING, ETC.)

1. PRIORIDADE I (AMARELA)

ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA IMEDIATA

URGÊNCIA: AVALIAÇÃO EM NO MÁXIMO, 30 MINUTOS. ELEVADO RISCO DE MORTE.

(EXEMPLO: TRAUMA MODERADO OU LEVE, TCE SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA, QUEIMADURAS MENORES, DISPNEIA LEVE A MODERADA, DOR ABDOMINAL, CONVULSÃO, CEFALÉIAS, IDOSOS E GRAVIDAS SINTOMÁTICOS, ETC.)

2. PRIORIDADE II (VERDE)

ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA URGÊNCIA MENOR..

AVALIAÇÃO EM NO MÁXIMO, 1 HORA. REAVALIAR PERIODICAMENTE SEM RISCO DE MORTE.

(EXEMPLO: PERITÔNITO GRANDE MENOR, DOR ABDOMINAL DIFUSA, CEFALÉIA MENOR, DOENÇA PSICIATRICA, DIARRÉIAS, IDOSOS E GRAVIDAS ASSINTOMÁTICOS, ETC.)

3. PRIORIDADE III (AZUL)

ATENDIMENTO POR ORDEM DE CHEGADA E ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL



RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14

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 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.

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



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.

§ 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

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

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 sadios.

2. Acolhimento com Classificação de Risco

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



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.

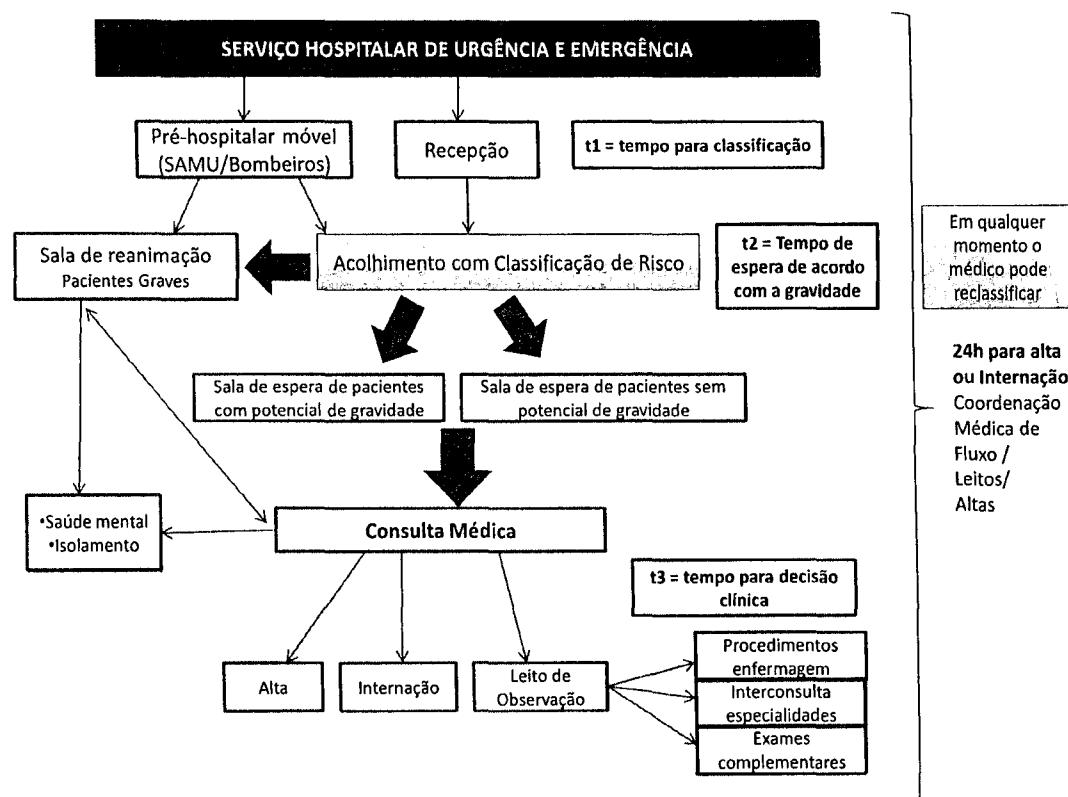


Figura 1. Algoritmo de fluxo do paciente no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.

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.

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

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

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 DE BRITTO RIBEIRO

Relator



EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14

A crise do atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência no Brasil talvez seja o lado mais perverso do caos que assola a saúde pública no país.

Na cadeia de atenção à saúde o Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência é o segmento mais exposto e visível para a população e a precariedade de seu atendimento, agravada por tratar de pacientes graves que exigem cuidados imediatos, faz com que os problemas do setor causem choque e indignação na população.

Quando analisamos a crise no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, enfocamos principalmente o componente hospitalar, porém não resolveremos os problemas neste segmento se não houver políticas públicas voltadas a toda a Rede de Atenção às Urgências, formada pelos seguintes componentes:

1. Promoção, prevenção e vigilância;
2. Salas de estabilização;
3. Força Nacional - SUS;
4. SAMU 192;
5. UPA 24h;
6. Hospitalar;
7. Atenção domiciliar.

Como eixos transversais esses componentes têm na Rede a Atenção Básica, Acolhimento com Classificação de Risco, Informação, Regulação, Qualificação Profissional e Resolubilidade. No sistema privado o atendimento pré-hospitalar é realizado por serviços próprios.

Existe deficiência em toda a Rede de Atenção às Urgências no Brasil, o que se reflete diretamente no componente hospitalar, gerando crise permanente cujas causas são multifatoriais, existindo inúmeros fatores determinantes para o caos que assola o setor. Entre as causas, pode-se listar: dificuldade de acesso dos pacientes

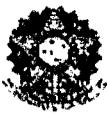


ao atendimento primário; falta de estrutura hospitalar no interior dos estados; falta de adequada equipe de profissionais; grande rotatividade de médicos; pacientes atendidos por ordem de chegada, sem Acolhimento com Classificação de Risco, que prioriza o atendimento pela gravidade do paciente e não por ordem de chegada ao PS; escalas de profissionais incompletas; falta de médicos especialistas de sobreaviso; área física dos hospitais inadequada; falta de leitos de retaguarda; falta de leitos de UTI.

O sistema de saúde no Brasil é extremamente deficiente quanto ao atendimento na assistência básica. Os usuários do SUS não conseguem agendar consultas eletivas nas unidades básicas de saúde com médicos clínicos gerais e a situação é ainda pior quando a população necessita de consultas eletivas com médicos especialistas, pois esses simplesmente não estão disponíveis para atender a toda a demanda. A espera por uma consulta, quando se consegue marcá-la, é de meses. Com isso, as pessoas que necessitam consultas eletivas, quer com clínicos gerais ou com especialistas, procuram espontaneamente os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência dos hospitais de referência por saberem que ali serão atendidos, por existirem clínicos, cirurgiões e especialistas de plantão para atendimento. Esse fluxo de pacientes com doenças de caráter eletivo que procuram os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência contribui para tumultuar o ambiente nestes setores, além de ser fator importante na superlotação dos mesmos.

Essa realidade para os pacientes do SUS está cada vez mais presente no cotidiano dos usuários dos planos de saúde, que a cada dia têm mais dificuldades para agendar consultas, especialmente com especialistas, e realizar exames não cobertos pelos planos, e procuram o Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência dos hospitais privados credenciados na tentativa de resolver seus problemas.

A Rede de Atenção às Urgências está estruturada, de maneira equivocada, em hospitais de referência em Urgência e Emergência, localizados nas capitais ou grandes cidades do país, que em última instância acabam por ser os responsáveis por resolver todos os problemas dos outros componentes da Rede de Atenção às Urgências. Idealmente, seria necessário que existissem hospitais estruturados em Urgência e Emergência em diversas regiões dos estados brasileiros, que serviriam de referência para a macrorregião onde se localizassem, resolvendo os problemas de



saúde daquela região, assim evitando o encaminhamento em massa dos pacientes das cidades do interior para os hospitais de referência nas grandes cidades brasileiras, o que leva à superlotação e ao completo esgotamento dessas unidades para bem atender a população.

O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência é feito pelo SAMU, implantado há aproximadamente 10 anos e, sem dúvida, um dos principais programas de saúde pública já implantado em benefício da assistência à população brasileira. O SAMU atende pacientes em Urgência e Emergência clínicas ou em acidentes urbanos, fazendo um trabalho de excelência, salvando milhares de vidas de pacientes que anteriormente morriam sem assistência médica.

O problema é que quando o SAMU foi implantado o sistema de Urgência e Emergência Hospitalar já estava esgotado para o atendimento da demanda existente à época. O SAMU trouxe aumento excepcional na demanda de pacientes extremamente graves para os hospitais de referência, o que fez explodir a crise do setor no Brasil, ficando evidente a falta de profissionais de saúde em número suficiente para o atendimento nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, especialmente de médicos plantonistas e especialistas, a falta de regulação do sistema, a falta de estrutura de centro cirúrgico para atender a demanda, de enfermarias, de leitos de retaguarda a leitos de UTI, fazendo com que os doentes permaneçam intubados e em ventilação mecânica nas salas de reanimação dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, o que é uma agressão aos pacientes que, em um momento de risco extremo para suas vidas, não têm garantidas pelo Estado as condições mínimas de assistência médica que lhes possibilitem chances reais de sobrevivência.

O atendimento pré-hospitalar privado é de responsabilidade dos serviços particulares, que deverão ter Central de Regulação Médica e ambulâncias básicas e avançadas, em obediência à legislação existente. As Centrais de Regulação privadas se subordinam às públicas em caso de encaminhamento de pacientes da rede privada para a pública.

O atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deve ser analisado em três pontos principais:



1. As condições do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência;
2. As condições de trabalho do médico;
3. A "vaga zero".

1. As condições do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência

São as piores possíveis, não apenas para os médicos, mas para todos os profissionais de saúde que trabalham no setor. No local existe superlotação de pacientes normalmente atendidos por uma equipe de saúde subdimensionada, gerando grande estresse em todos os profissionais, que trabalham além do limite físico e intelectual para bem atender aos pacientes, principalmente os médicos, que têm a maior responsabilidade na assistência aos doentes. Invariavelmente, as equipes médicas têm menos profissionais do que o necessário para o atendimento, condição que não é corrigida pelos administradores hospitalares ou gestores municipais ou estaduais.

Outro aspecto que precisa ser analisado é a forma de atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência. Hospitais de grande movimento atendem os pacientes na Emergência por ordem de chegada, sem que tenham implantado o Acolhimento com Classificação de Risco. Essa medida é necessária pois hierarquiza o atendimento, dando prioridade ao atendimento dos pacientes mais graves, assim evitando que doentes com agravos simples à saúde sejam atendidos antes daqueles com doenças de maior complexidade.

O Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência normalmente não têm o fluxo dos pacientes normatizado de acordo com a complexidade do atendimento. Isto compromete a assistência, além de tumultuar o ambiente, aumentando o estresse de toda a equipe e dos próprios pacientes. O fluxo predeterminado de acordo com o Acolhimento com Classificação de Risco é uma necessidade para a melhoria na assistência aos pacientes.

Normalmente não existe um médico responsável no setor que se preocupe com os aspectos administrativos do funcionamento do local, como a agilização na realização dos exames, preenchimento de prontuário, controle da passagem dos



plantões, na transferência ou recebimento de pacientes, na cobrança para que as interconsultas das especialidades sejam respondidas o mais rapidamente possível, na transferência de pacientes internados para os leitos de retaguarda nas enfermarias, na busca de leitos de UTI para os pacientes necessitados, no encaminhamento de pacientes para transferência pela Central de Regulação, entre outras ações de administração. Isto em nada contribui para a boa assistência aos pacientes, que têm seus tratamentos muitas vezes retardados, ou a permanência injustificadamente prolongada no setor, assim contribuindo para o tumulto e superlotação do local, com todas as consequências nefastas que possuem.

2. As condições de trabalho do médico

Estão muito longe da ideal, por várias razões: ser em ambiente insalubre, extremamente estressante, com estrutura física inadequada, agravada pela superlotação de pacientes; falta de segurança; má remuneração; jornada de trabalho massacrante; falta de medicações básicas; falta de médicos especialistas; regulação deficiente, sem ter para onde encaminhar doentes que necessitem de atendimento em hospital de maior complexidade; responsabilidade sobre pacientes internados no setor por falta de leitos de retaguarda ou UTI; responsabilidade por pacientes recebidos em “vaga zero”, sem ter a menor condição de bem atendê-los, para citar apenas alguns aspectos. Isto tudo faz com que os médicos que trabalham no setor se demitem assim que se estabilizam profissionalmente, provocando grande rotatividade dos profissionais, o que não é desejável, pois isto acontece quando já estão capacitados para atender no setor, sendo substituídos por jovens que terão que passar pela curva de aprendizado inerente ao trabalho em Emergência. Além disso, trabalhar no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência é colocar-se em risco constante para demandas éticas, legais e judiciais.

3. A “vaga zero”

A Portaria nº 2.048/02 do Ministério da Saúde atribui ao médico regulador do Sistema de Urgência e Emergência o grau de autoridade regulatória e determina que o mesmo não deve aceitar a inexistência de vagas nos hospitais de referência,



"mesmo na situação em que inexistam leitos vagos para a internação dos pacientes (a chamada "vaga zero" para internação)". Assim, a portaria autoriza o médico regulador a encaminhar pacientes graves para hospitais de referência, mesmo que superlotados, sem vagas e sem a menor condição de atendimento.

A "vaga zero" trouxe grande problema para os médicos que atuam no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, pois quando os hospitais de referência estão superlotados, com as salas de emergência sem condição de atendimento, com pacientes graves em macas, no ventilador, sem assistência médica adequada e especializada, o sistema entra em colapso pois o médico regulador não tem para onde encaminhar os pacientes graves que estão nas UPAs, nos hospitais de menor porte, nas cidades do interior, ou aqueles atendidos pelo SAMU. Isto tem gerado conflitos entre os médicos do Sistema, conflitos esses agravados pelo fato de que a "vaga zero" tem sido sistematicamente banalizada pelo médico que encaminha o paciente, o que agrava as péssimas condições de atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência dos hospitais de referência.

A obrigatoriedade colocada pelo gestor federal de que uma instituição hospitalar seja obrigada a receber pacientes no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, mesmo que não tenha vaga, é o reconhecimento pelo governo da falência do Sistema de Urgência e Emergência no Brasil. Infelizmente, a chamada "vaga zero" é uma triste realidade no cotidiano dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. Por essa razão necessita ser normatizada, sendo definido quais são os pacientes elegíveis para transferência nesta situação.

Os desafios da política nacional para melhorar as condições do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência são: melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento primário; implantar hospitais de referência regionais; adequar as equipes de saúde dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência às necessidades da demanda, especialmente os médicos, com remuneração digna e sem excesso de carga horária; adequar a estrutura física dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência às necessidades de atendimento da demanda; estrutura física dos hospitais adequada; médicos especialistas na retaguarda; implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, no qual o paciente é atendido pela gravidade do quadro clínico que apresenta e não por ordem de chegada; campanhas



de prevenção para a epidemia do trauma; abertura imediata de novos leitos de UTI ou de unidade intermediária que permita a alta precoce de pacientes da UTI, assim possibilitando o acesso à UTI dos pacientes que hoje se encontram intubados e nos ventiladores dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, onde terão o atendimento adequado às suas necessidades, com maior chance de sobrevivência, comprometida na situação atual.

Por todo o exposto, faz-se necessária a elaboração de resolução pelo Conselho Federal de Medicina para que alguns dos aspectos abordados sejam normatizados.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

Relator

Câmara Municipal de Rio Claro

Estado de São Paulo

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA

PROJETO DE LEI N° 52/2021

PROCESSO N° 15745-063-21

PARECER N° 041/2021

O presente Projeto de Lei de autoria do Vereador **RAFAEL HENRIQUE ANDREETA**, Dispõe sobre o tempo máximo de espera nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Públicos Município de Rio Claro.

A Comissão de Constituição e Justiça acata a opinião da Procuradoria Jurídica desta Edilidade, e opina pela **LEGALIDADE** do referido Projeto de Lei.

Rio Claro, 16 de abril de 2021.

Pr. Diego Garcia Gonzales
Presidente

Moisés Menezes Marques
Relator

Dermerval Nevociro Demarchi
Membro

Câmara Municipal de Rio Claro

Estado de São Paulo

COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

PROJETO DE LEI N° 52/2021

PROCESSO N° 15745-063-21

PARECER N° 032/2021

O presente Projeto de Lei de autoria do Vereador **RAFAEL HENRIQUE ANDREETA**, Dispõe sobre o tempo máximo de espera nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Públicos Município de Rio Claro.

A COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA acata a opinião da Procuradoria Jurídica, e opina pela Aprovação do referido Projeto de Lei.

Rio Claro, 19 de abril de 2021.


Hernani Alberto Mônaco Leonhardt
Presidente


Rafael Henrique Andreatta
Relator


Sérgio Montenegro Carnevale
Membro

Câmara Municipal de Rio Claro

Estado de São Paulo

COMISSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

PROJETO DE LEI N° 52/2021

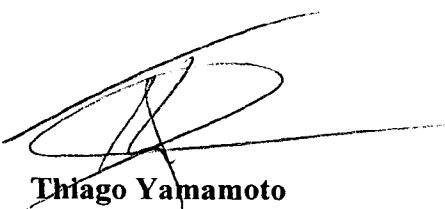
PROCESSO N° 15745-063-21

PARECER N° 022/2021

O presente Projeto de Lei de autoria do Vereador **RAFAEL HENRIQUE ANDREETA**, Dispõe sobre o tempo máximo de espera nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Públicos Município de Rio Claro.

A Comissão de Políticas Públcas acata a opinião da Procuradoria Jurídica desta Edilidade, e opina pela Aprovação do Projeto de Lei.

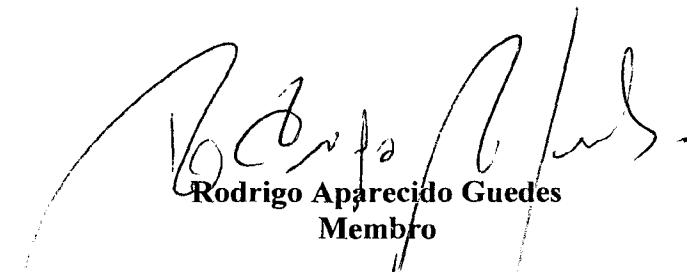
Rio Claro, 19 de abril de 2021.



Thiago Yamamoto
Presidente



Irander Augusto Lopes
Relator



Rodrigo Aparecido Guedes
Membro

Câmara Municipal de Rio Claro

Estado de São Paulo

COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA HUMANA

PROJETO DE LEI Nº 52/2021

PROCESSO Nº 15745-063-21

PARECER Nº 014/2021

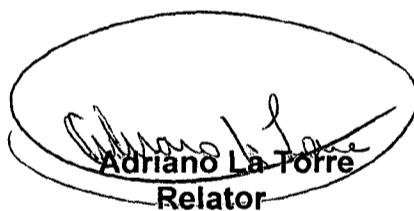
O presente Projeto de Lei de autoria do Vereador **RAFAEL HENRIQUE ANDREETA**, Dispõe sobre o tempo máximo de espera nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Públicos Município de Rio Claro.

Esta Comissão opina pela **APROVAÇÃO** do presente Projeto de Lei, tendo em vista o que dispõe o Parecer Jurídico desta Edilidade.

Rio Claro, 20 de abril de 2021.



Sivaldo Rodrigues de Oliveira
Presidente



Adriano La Torre
Relator



Vagner Aparecido Baungartner
Membro