

NOTA TÉCNICA Nº. 024/2014

Brasília, 06 de novembro de 2014.

ÁREA: Jurídica

TÍTULO: Normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência e das Unidades de Pronto Atendimento

REFERÊNCIA(S): Constituição Federal
Lei nº 8.080/1990
Lei nº 3.268/1957
Lei nº 12.842/2013
Decreto nº 44.045/1958
Portaria/MS nº 2.048/2002
Resolução CFM nº 2.077/2014
Resolução CFM nº 2.079/2014

PALAVRAS-CHAVE: Urgência e emergência, unidade de pronto atendimento, equipe médica, vaga zero.

Introdução

A presente Nota Técnica tem por objetivo explicar a respeito das Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) que vêm estabelecer procedimentos, fluxos de atendimento e quantidade mínima de profissionais a serem lotados nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência e nas Unidades de Pronto Atendimentos (UPA'S), as quais estão exorbitando a capacidade de normatização do Conselho Federal

de Medicina; e, em vista deste contexto, abordar a legislação nacional vigente a fim de elucidar os gestores públicos municipais.

Assim, revelam-se as normas pertinentes:

1. Resoluções CFM nº 2.077/2014 e nº 2.079/2014

As resoluções do Conselho Federal de Medicina dispõem sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência e das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, e, ainda, sobre o dimensionamento das equipes médicas e dos sistemas de trabalho.

A Resolução nº 2.077/2014 estabelece (arts. 14 e 15) que 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, e ainda proíbe a internação de pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.

Determina também (art. 17, §3º e §4º) que 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.

A Resolução nº 2.079/2014, arts. 12 e 13, estabelece que 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.

Veda (arts. 14 e 15) a permanência de pacientes intubados no ventilador artificial em UPAs, sendo necessária sua imediata transferência a serviço hospitalar, mediante a regulação de leitos, veda também a internação de pacientes em UPAs.

As resoluções ainda estabelecem o sistema de atendimento, fluxo dos pacientes, procedimentos administrativos e quantidade de profissionais médicos necessários em cada uma das referidas unidades.

Em razão disto, cabe à CNM expor:

2. Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde

Conforme definição constitucional (art. 194), a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

A Carta Magna estabelece (art. 197) que cabe ao Poder Público organizar a seguridade social com base na universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, dentre outros.

Define (art. 196) que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Cabe ao Poder Público (art. 198) dispor sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, sendo que a execução pode ser feita diretamente ou por pessoa física ou jurídica de direito privado.

As ações e serviços públicos de saúde (art. 198) compõem-se em uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, descentralizado, direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

3. Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde)

A Lei Orgânica da Saúde dispõe a respeito da competência e atribuições da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios nas ações e serviços de saúde pública. A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, sendo exercida em cada esfera de governo.

Cada Ente da Federação (art. 15) tem como atribuições, no seu âmbito administrativo, definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de

fiscalização das ações e serviços de saúde, bem como organizar e coordenar o sistema de informação, elaborar normas para regular as atividades de serviços privados, elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação, fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial, dentre outras.

À União compete (art. 16):

- a) participar na formulação e na implementação das políticas: de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho,
- b) definir e coordenar os sistemas: de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária,
- c) identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde,
- d) elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde,
- e) promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal,
- f) acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais,
- g) elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal, dentre outras.

Aos Estados e ao Distrito Federal competem (arts. 17 e 19):

- a) promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde,
- b) acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS),
- c) identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional,

- d) estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde, dentre outras.

Aos Municípios e ao Distrito Federal competem (arts. 18 e 19):

- a) planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde,
- b) participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual,
- c) participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho,
- d) controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde,
- e) normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação, dentre outras.

4. Lei nº 3.268/1957 e outras normas – Conselhos de Medicina

A Lei nº 3.268/1957, art. 5º, dispõe sobre os Conselhos de Medicina e estabelece como atribuições do Conselho Federal, o que segue:

- a) organizar o seu regimento interno;
- b) aprovar os regimentos internos organizados pelos Conselhos Regionais;
- c) eleger o presidente e a secretária geral do Conselho;
- d) votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais;
- e) promover quaisquer diligências ou verificações, relativas ao funcionamento dos Conselhos de Medicina, nos Estados ou Territórios e Distrito Federal, e adotar, quando necessárias, providências convenientes a bem da sua eficiência e regularidade, inclusive a designação de diretoria provisória;
- f) propor ao Governo Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;
- g) expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;

h) tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimi-las;

i) em grau de recurso por provocação dos Conselhos Regionais, ou de qualquer interessado, deliberar sobre admissão de membros aos Conselhos Regionais e sobre penalidades impostas aos mesmos pelos referidos Conselhos.

j) fixar e alterar o valor da anuidade única, cobrada aos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina;

l) normatizar a concessão de diárias, jetons e auxílio de representação, fixando o valor máximo para todos os Conselhos Regionais.

O Decreto nº 44.045/1958 aprova o regulamento do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos regionais, não trazendo nenhuma atribuição nova além das acima mencionadas e constantes na lei.

A Lei nº 12.842/2013, conhecida como “Ato Médico”, dispõe sobre o exercício da medicina, não atribuindo em nenhum momento a possibilidade de o Conselho Federal de Medicina legislar a respeito do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência e das Unidades de Pronto Atendimento, tampouco quanto ao dimensionamento das equipes médicas e ao sistema de trabalho destas unidades.

5. Portaria/MS nº 2.048/2002

O Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições legais, expediu a referida portaria visando regulamentar os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências.

A portaria tem caráter nacional devendo ser utilizada por todas as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que atue na área de urgência e emergência, com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde.

A portaria (anexo, Capítulo I, item 1) estabelece que os Municípios que realizam apenas a atenção básica (PAB) devem se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos de menor complexidade, principalmente aqueles já vinculados ao serviço.

O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (anexo, Capítulo III, item 1) é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

Este atendimento está presente em uma ampla rede, pois é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel.

Estabelece ainda (anexo, Capítulo II, item 1.2, 4º parágrafo) o funcionamento, procedimentos e atribuições das centrais de regulação médica das urgências e emergências, cria a chamada “vaga zero” - que mesmo na inexistência de leitos vagos para a internação dos pacientes, deve o médico regulador da central de regulação encaminhar o paciente para a rede regionalizada.

A portaria em nenhum momento estipula tempo mínimo de permanência dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência e nas Unidades de Pronto Atendimento, não havendo proibição de internação dos mesmos nestas unidades.

As Portarias/MS 336/2009, 007/2010 e 342/2013 foram expedidas como complemento da portaria ora em análise, sem alterar os pontos aqui abordados.

Conclusão

Conforme exposto anteriormente, a Constituição Federal ordena que ao Poder Público cabe dispor sobre a regulamentação, fiscalização e o controle das ações e serviços de saúde, sendo composta por uma rede regionalizada e hierarquizada, constituída por um sistema único, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo.

A Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990) dispõe sobre a competência e atribuições dos Entes da Federação na criação das políticas públicas de saúde, cada um na sua esfera de governo, de forma hierarquizada e de baixo para cima.

Dentre essas competências e atribuições podem ser citadas algumas, como por exemplo: definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde, organizar e coordenar o sistema de informação de saúde, elaborar normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Em observância aos preceitos legais de criação e regulamentação do Conselho Federal de Medicina (CFM), conclui-se que este não tem competência para legislar a respeito de políticas públicas, não pode determinar onde pacientes da rede pública ou privada de saúde podem ser internados, muito menos o tempo de permanência dos mesmos nas diversas unidades de saúde.

Portanto, resta claro que quem tem capacidade para legislar sobre políticas públicas de saúde, estabelecer parâmetros de atendimento nas unidades públicas de saúde, procedimentos e fluxos dessas unidades, quantidade de profissionais mínimos de cada especialidade e a vedação ou não de internação nas unidades de atendimentos da rede pública de saúde **são somente a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.**