Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 1
Visto

CÂMARA MUNICIPAL DE PATO BRANCO PR
Protocolo Geral - 24-Jun-2014-16:01-020176-1/2

MENSAGEM Nº 102/2014

Senhor Presidente,

Senhores Vereadores,

Com a presente Mensagem encaminhamos a essa colenda Casa de Leis, o incluso Projeto que altera Altera os § 2º, § 4º e § 6º do artigo 32 da Lei Municipal nº 3.812, de 4 de abril de 2012.

Faz-se necessária a alteração nos páragrafos da Lei supra mencionada, pois atualmente ela atribui ao Diretor Clínico a imcumbência de autorizar, assinar e distribuir plantões médicos.

Ocorre que o Diretor Clínico é eleito pelos médicos concursados do Município, atuando e tendo legitimidade para atuar em defesa do interesse da classe médica, nem sempre em concordância com os interesses da administração pública, em especial no que se refere ao escalonamento dos plantões do pronto atendimento municipal.

Neste contexto, considerando que a normatização das escalas é atribuição mais administrativa do que médica propriamente dita, e que deve ser feita em consonância com a necessidade e interesse da Secretaria Municipal de Saúde (e não no interesse individual dos servidores médicos concursados), requer-se nova redação aos artigos mencionados, atribuindo responsabilidade hoje designados ao diretor clínico, ao diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta desse, ao Chefe da Divisão de Clínicas, independentemente da anuência do Diretor Clínico.

Gabinete do Prefeito, 17 de junho de 2014.

AUGUSTINHO ZUCCHI
Prefeito

Assessoria Jurídica do Gabinete

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 2
Visto

PROJETO DE LEI Nº 142/2014

Altera os § 2º, § 4º e § 6º do artigo 32 da Lei Municipal nº 3812, de abril de 2012.

Art. 1º O § 2º do artigo 32, da Lei nº 3.812, de 4 de abril de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 2º Somente serão permitidas substituições entre os próprios médicos plantonistas, com motivo devidamente justificado, com a autorização do Diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta deste, pelo Chefe da Divisão de Clínicas, com aviso prévio de, no mínimo, 24 (vinte e quatro) horas de antecedência."

Art. 2º O § 4º do artigo 32, da Lei nº 3.812, de 4 de abril de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 4º As escalas de plantão médico deverão permanecer afixadas em local visível, com as assinaturas do Diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta deste, pelo Chefe da Divisão de Clínicas, e arquivadas na Secretaria Municipal de Saúde."

Art. 3º O § 6º do artigo 32, da Lei nº 3.812, de 4 de abril de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 6º Respeitado o mínimo estabelecido pelo § 1.º deste artigo, a quantidade e a prioridade na execução dos demais plantões a serem distribuídos pelo Diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta deste, pelo Chefe da Divisão de Clínicas, em conjunto com o Gestor Municipal de Saúde, deverão seguir critérios que envolvam produtividade, desempenho, disciplina, assiduidade e pontualidade."

Art. 4º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

AUGUSTINHO ZUCCHI
Prefeito

Assessoria Jurídica do Gabinete

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 3
Visto

Projeto de Lei nº 142/2014
Autoria: Executivo Municipal

PARECER JURÍDICO

O Poder Executivo, por meio da Mensagem nº 102/2014, propôs o projeto de lei em epígrafe numerado, que tem por finalidade alterar a Lei nº 3.812/2012, especificamente no que diz respeito à questão procedimental dos plantões médicos.

Segundo o Executivo, em síntese, que atualmente o responsável por autorizar, assinar e distribuir os plantões médicos é o Diretor Clínico, e este, por ser eleito pelos médicos concursados do Município, nem sempre atua em prol dos interesses da administração pública, mas sim em defesa da classe médica.

É o conciso resumo. Passa à análise do projeto.

O projeto pode gerar polêmica e discussão na área médica, mormente pelas justificativas trazidas pelo Executivo, porquanto se está presumindo que por vezes o Diretor Clínico não atua em respeito ao necessário e salutar interesse público.

Por este motivo, portanto, talvez seria de bom alvitre que a deliberação do presente projeto fosse precedida de uma reunião com os médicos municipais, oportunizando-os a opinar sobre a matéria que diretamente os envolverá.

Inobstante, tem-se que o aspecto de iniciativa da lei encontra arrimo nos arts. 32, §2º, II e 47, VII, da Lei Orgânica do Município, que apresentam as seguintes redações:

> Art. 32. [...]
> §2º São de iniciativa exclusiva do Prefeito Municipal leis que disponham: [...]
> II – servidores públicos do Poder Executivo, seu regime jurídico e provimento de cargos.
>
> Art. 47. Compete ao Prefeito: [...]
> VII – dispor sobre a organização e o funcionamento da Administração Municipal, na forma da lei.

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 4
Visto

Vê-se que a organização da Administração Pública é de competência exclusiva do Chefe do Poder Executivo, e é justamente isto que a presente proposição visa ao alterar questões procedimentais quanto aos plantões médicos.

Data venia, como reiteradamente alertamos em outros pareceres jurídicos similares, entendemos os serviços de plantões médicos deveriam ser **regulamentados por legislação própria**, e não por meio de um Capítulo inserido no Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos dos Servidores Públicos.

Ou seja, as disposições legais quanto aos plantões médicos está totalmente deslocada em uma legislação específica que trata dos diretos, deveres e vencimentos do servidor público no geral. Entenderíamos, salvo melhor juízo, que tal matéria deveria ser regulamentada em uma lei específica, inclusive com estabelecendo todas as diretrizes aplicáveis à espécie.

A inserção de um capítulo com apenas **um artigo** sobre plantão médico dentro do Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos mostrou-se claramente uma medida paliativa, apenas para socorrer um caso pontual dentro da estrutura administrativa.

Contudo, em nome da razoabilidade e da proporcionalidade, far-se-á a análise jurídica do caso, buscando resolver caso pontual que está colocando em risco o direito fundamental à saúde.

A Lei Orgânica do Município prevê a garantia do direito à saúde a todos os munícipes, determinando que é dever do Poder Público garanti-lo. Neste sentido, reza o seu art. 124:

> **Art. 124** - A saúde é um direito de todos os munícipes e dever do Poder Público Municipal, assegurado mediante políticas que visem à eliminação dos riscos de doenças e outros agravos, que possibilitem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No mesmo norte, em seguida a Lei Orgânica do Município estabelece o seguinte:

> Art. 126 - São atribuições do Município, no âmbito do Sistema Único de Saúde:
> I - planejar, organizar, gerir, controlar e avaliar os serviços de saúde;

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 12
Visto

> II - planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com rede estadual;

Ainda, no que tange ao direito fundamental de SAÚDE, nossa Constituição Federal de 1988 assim dispõe:

> Art. 196. 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.

Destarte, tem-se que tanto o constituinte originário de 1988 quanto o legislador municipal enumeraram a saúde como um direito de TODOS e dever do ESTADO, cabendo este (que engloba, no caso, todos os Entes Federativos – União, Estado, Município e Distrito Federal) promover políticas sociais que finalizem a garantia à saúde do cidadão.

É por este motivo que projeto de lei merece normal tramitação regimental, porquanto, em tese, a alteração legislativa certamente visa melhorar o acesso à saúde da população, atendendo-se aos ditames constitucionais.

Sendo assim, cumpridas as formalidades de estilo e as recomendações acima apontadas, é o parecer favorável à normal tramitação deste projeto de lei.

É o parecer.

Pato Branco, 2 de julho de 2014.

Luciano Beltrame
Procurador Legislativo

José Renato Monteiro do Rosário
Assessor Jurídico

Câmara Mun. de Pato Branco Fls. 6

COMISSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

PARECER AO PROJETO DE LEI Nº 142/2014

A Comissão de Políticas Públicas apresenta o presente parecer ao Projeto de Lei n° 142/2014, de autoria do Executivo Municipal, o qual foi enviado por meio da Mensagem n° 102/2014, que altera os § 2°, § 4° e § 6° do astigo 32 da Lei Municipal n° 3812, de abril de 2012.

O Projeto de Lei tem por finalidade alterar a Lei n° 3.812/2012, especificamente no que diz respeito à questão procedimental dos plantões médicos. Segundo o Executivo Municipal, atualmente o responsável por autorizar, assinar e distribuir os plantões médicos é o Diretor Clinico, e este, por ser eleito pelos médicos concursados do Município, nem sempre atua em prol dos interesses da administração pública, mas sim em defesa da classe médica.

Considerando que a organização Administração Pública é de competência exclusiva do Chefe do Poder Executivo, é justamente isso que a presente proposição visa ao alterar questões procedimentais quanto aos plantões médicos.

Considerando o Art. 194 da Lei Orgânica Municipal, e o Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que enumeram a saúde como um direito de todos e dever do estado, promover politicas sociais que finalizem a garantia à saúde do cidadão.

Sendo assim, o projeto em tela visa proporcionar com a alteração legislativa o acesso à saúde da população, atendendo-se aos ditames constitucionais.

A matéria contempla os preceitos legais estando apta a seguir sua regimental tramitação por esta Casa de Leis, motivo pelo qual após análise a Comissão de Politicas Públicas opta por exarar ***PARECER FAVORÁVEL*** a sua aprovação.

CAMARA MUNICIPAL DE PATO BRANCO PR
Protocolo Geral -08-Jul-2014-08:38-020361-1/1

É o parecer, Salvo Maior Juízo.
Pato Branco, 07 de julho de 2014.

Vilmar Maccari – PDT
Presidente

Augustinho Polazzo – PROS
Membro

Enio Ruaro- PR
Membro/ Relator

Câmara Mun. de Pato Branco Fls. 7

Gabinete do Vereador Raffael Cantu – PCdoB – RGRC Nº 65/2014

Exmo. Sr.
Guilherme Sebastião Silvério
Presidente da Câmara Municipal de Pato Branco

APROVADO
Data 09 / 7 / 2014
Assinatura
CÂMARA MUNICIPAL - PATO BRANCO

Solicita parecer da Diretora Clínica do município, Dra. Ana Bandeira, a respeito do PL 142/2014, que altera os parágrafos 2º, 4º e 6º do artigo 32 da Lei nº 3.812/2012.

Os vereadores infra-assinados, **Raffael Cantu – PCdoB e José Gilson Feitosa da Silva - PT**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, requerem seja oficiado a Diretora Clínica do município, Dra. Ana Bandeira, para que envie a esta Casa de Leis parecer opinando a respeito do PL 142/2014, que altera os parágrafos 2º, 4º e 6º do artigo 32 da Lei nº 3.812/2012, passando a responsabilidade de autorizar, assinar e distribuir plantões médicos do Diretor Clínico à Secretaria Municipal de Saúde, sob a justificativa de que essa é uma atribuição mais administrativa do que médica.

Nestes termos, pede deferimento.

Pato Branco, 9 de julho de 2014.

CÂMARA MUNICIPAL DE PATO BRANCO PR
Protocolo Geral 09-JUL-2014-15:57-020065-1/1

Raffael Cantu
Vereador – PCdoB

José Gilson Feitosa da Silva
Vereador – PT

Câmara Mun. de Pato Branco Fls. 8 Visto

Gabinete do Vereador Raffael Cantu – PCdoB – RGRC Nº 64/2014

Exmo. Sr.
Guilherme Sebastião Silvério
Presidente da Câmara Municipal de Pato Branco

APROVADO
Data 09/7/2014
Assinatura
CÂMARA MUNICIPAL - PATO BRANCO

Solicita parecer do Diretor Técnico do município, Dr. Nelson Naka, a respeito do PL 142/2014, que altera os parágrafos 2º, 4º e 6º do artigo 32 da Lei nº 3.812/2012.

Os vereadores infra-assinados, **Raffael Cantu – PCdoB e José Gilson Feitosa da Silva - PT**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, requerem seja oficiado a Diretor Técnico do município, Dr. Nelson Naka, para que envie a esta Casa de Leis parecer opinando a respeito do PL 142/2014, que altera os parágrafos 2º, 4º e 6º do artigo 32 da Lei nº 3.812/2012, passando a responsabilidade de autorizar, assinar e distribuir plantões médicos dos Diretores Clínico e Técnico à Secretaria Municipal de Saúde, sob a justificativa de que essa é uma atribuição mais administrativa do que médica.

Nestes termos, pede deferimento.
Pato Branco, 9 de julho de 2014.

CÂMARA MUNICIPAL DE PATO BRANCO PR
Protocolo Geral 09-JUL-2014-15:57-420386-1/1

Raffael Cantu
Vereador – PCdoB

José Gilson Feitosa da Silva
Vereador – PT

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls 9
Visto

COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANÇAS

PARECER AO PROJETO DE LEI Nº 142/2014

Através da Mensagem nº 102/2014, o **Executivo Municipal** propôs o **Projeto de Lei nº 142/2014**, que tem por objetivo alterar os §2°, §4° e §6° do artigo 32 da Lei Municipal n° 3.812, de 04 de abril de 2012.

Com a aprovação do Projeto de Lei em tese, se fará a alteração da referida lei, especificamente nos parágrafos mencionados, delegando a responsabilidade de autorizar, assinar e distribuir plantões médicos ao Diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta deste, pelo Chefe de Divisão de Clínicas.

O referido Projeto tem amparo nos artigos 32, §2°, II e 47, VII, da Lei Orgânica do Município.

Para tanto emitimos **PARECER FAVORÁVEL**, a tramitação do Projeto de Lei em análise.

É o nosso parecer Salvo Melhor Juízo.
Pato Branco, 09 de julho de 2014.

CAMARA MUNICIPAL DE PATO BRANCO PR
Protocolo Geral -11-Jul-2014-15:15-020405-1/1

Leunira Viganó Tesser – PDT – Relatora

Geraldo Edel de Oliveira - PV – Presidente

Claudemir Zanco – PROS - Membro

Câmara Mun. de Pato Branco Fls. 10 Visto

COMISSÃO DE JUSTIÇA E REDAÇÃO
Parecer ao Projeto de Lei nº 142/2014

Os membros da Comissão de Justiça e Redação se reuniram para analisar e emitir parecer ao **Projeto de Lei nº 142/2014, de 24 de junho de 2014, Mensagem nº 102/2014 –Altera os § 2º, § 4º e § 6º do artigo 32 da Lei Municipal nº 3812, de abril de 2012.**

CÂMARA MUNICIPAL DE PATO BRANCO PR
Protocolo Geral 13/06/2014-08:38-038644-1/1

Segundo o Executivo, em síntese, que atualmente o responsável por autorizar, assinar e distribuir os plantões médicos é o Diretor Clínico, e este, por ser eleito pelos médicos concursados do Município, nem sempre atua em prol dos interesses da administração pública, mas sim em defesa da classe médica.

Em relação à proposição em tela, verificando as informações que o referido Projeto de Lei visa estabelecer, não foi observada nenhuma ilegalidade. Após análise, emitimos **PARECER FAVORÁVEL** à tramitação do presente Projeto de Lei.

É o parecer, Salvo Maior Juízo.
Pato Branco, 7 de julho de 2014.

Claudemir Zanco – PROS
Membro Relator

Pela Tramitação
José Gilson Feitosa da Silva – PT
(Membro)

Laurindo Cesa – PSDB
(Presidente)

Raffael Cantu – PC do B
(Membro) Pela tramitação

Clóvis Gresele-PP
(Membro)

Câmara Mun. de Pato Branco Fls 11 Visto

Gabinete do Vereador Raffael Cantu – PCdoB – RGRC Nº 77/2014

Exmo. Sr.
Guilherme Sebastião Silvério
Presidente da Câmara Municipal de Pato Branco

APROVADO
Data 25/8/2014
Assinatura
CÂMARA MUNICIPAL DE PATO BRANCO

Convidam representante do Conselho Regional de Medicina do Estado Paraná – CRM-PR, através da Delegacia Regional de Pato Branco, para participar de Sessão Ordinária a ser agendada nesta Casa de Leis a fim de que relate o posicionamento do Conselho a respeito do PL 142/2014.

Os vereadores infra-assinados, **Raffael Cantu – PCdoB e José Gilson Feitosa da Silva – PT**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, requerem seja oficiado o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná – CRM-PR, através da Delegacia Regional de Pato Branco, convidando a entidade a enviar um representante a participar de uma Sessão Ordinária nesta Casa de Leis, em data a ser agendada, para tratar a respeito do posicionamento do Conselho a respeito do PL 142/2014, que, em suma, altera a responsabilidade da elaboração das escalas de plantões, passando a responsabilidade do Diretor Clínico a um servidor nomeado pela Secretaria de Saúde.

Nestes termos, pedem deferimento.
Pato Branco, 25 de agosto de 2014.

Raffael Cantu
Vereador – PCdoB

José Gilson Feitosa da Silva
Vereador – PT

PDT

CÂMARA MUNICIPAL DE PATO BRANCO PR
Protocolo Geral - 25-ago-2014-15:58-020825-171

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 12
Visto

Gabinete do Vereador Raffael Cantu – PCdoB – RGRC Nº 78/2014

Exmo. Sr.
Guilherme Sebastião Silvério
Presidente da Câmara Municipal de Pato Branco

RETIRADO
Data 25 / 8 / 2014
Assinatura
CÂMARA MUNICIPAL - PATO BRANCO

Requer à Mesa Diretora desta Casa de Leis que seja retirado da Ordem do Dia da Sessão Ordinária do dia 25 de agosto de 2014 o Projeto de Lei nº 142/2014.

Os vereadores infra-assinados, **Raffael Cantu – PCdoB e José Gilson Feitosa da Silva – PT**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, requerem seja retirado o Projeto de Lei nº 142/2014, que altera os §2º, §4º e §6º do artigo 32 da Lei Municipal nº 3812, de 4 de abril de 2012, uma vez que o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, através da Delegacia Regional de Pato Branco, solicitou para que a votação do referido projeto fosse acompanhada pelo parecer jurídico desse Conselho, afim de que o projeto não seja debatido unilateralmente.

Nestes termos, pedem deferimento.
Pato Branco, 25 de agosto de 2014.

RETIRADO: DEVIDO O PROJETO TER SIDO RETIRADO DE PAUTA.

Raffael Cantu
Vereador – PCdoB

José Gilson Feitosa da Silva
Vereador – PT

Protocolo Geral - 25-Ago-2014-15:58-000024-1/1

PL 142/2014

Câmara Mun. de Palo Branco Fls. 13 Visto

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 1.342/1991

(Publicada no D.O.U. do dia 16.04.91, seção I, p.7014)

(Modificada pela Resolução CFM n. 1352/1992)

Estabelece normas sobre responsabilidade e atribuições do Diretor Técnico e do Diretor Clínico.

CÂMARA MUNICIPAL DE PATO BRANCO PR
Protocolo Geral 09-Out-2014-08:22-002317-1/1

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

CONSIDERANDO que, de acordo com o artigo 15 da Lei nº 3.999, de 15.12.61, os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei;

CONSIDERANDO que o Art. 28 do Decreto nº 20.931/32 preceitua que qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada, obrigatoriamente tem que funcionar com um Diretor Técnico, habilitado para o exercício da medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados;

CONSIDERANDO que o Art. 12 do Decreto nº 44.045/58 e a Lei nº 6839/80 estabelecem que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que, de acordo com o Art. 3º da RESOLUÇÃO CFM Nº 1.214/85, a obrigatoriedade do registro e do cadastramento abrange também a filial, a sucursal, a subsidiária, ambulatórios e todas as unidades de atendimento médico;

CONSIDERANDO que o Art. 8º da Resolução CFM Nº 997/80 determina que, no caso de afastamento do médico Diretor Técnico, o cargo deverá ser imediatamente ocupado pelo seu substituto, também médico;

CONSIDERANDO que o Art. 11 da mesma Resolução CFM Nº 997/80 estabelece que o Diretor Técnico, principal responsável pelo funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente;

Câmara Mun. de Palo Branco
Fls. 14
Visto

CONSIDERANDO que ao Diretor Técnico compete assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis ao exercício de uma boa prática médica, zelando, ao mesmo tempo, pelo fiel cumprimento dos princípios éticos;

CONSIDERANDO que ao Diretor Clínico compete a supervisão da prática médica realizada na instituição;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo plenário em sessão realizada em 08 de março de 1991.

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar que a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil.

Art. 2º - São atribuições do Diretor Técnico:

a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.

b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição.

c) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica.

Art. 3º - São atribuições do Diretor Clínico:

a) Diretor e coordenar o Corpo Clínico da instituição.

b) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição.

c) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.

Art. 4º - O Diretor Clínico será eleito pelo Corpo Clínico, sendo-lhes assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

~~Art. 5º - Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em uma única instituição pública ou privada, prestadora de serviços médicos, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição~~. Revogado pela Res. CFM 1.352/92.

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3445 5900 | FAX: (61) 3346 0231| http://www.portalmedico.org.br

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 16
Visto

Parágrafo único – Face ás peculiaridades das instituições, é permitido ao médico o exercício simultâneo das funções de Diretor Técnico e de Diretor Clínico.

Art. 6º - Em caso de afastamento ou substituiç ão do Diretor Técnico ou do Diretor Clínico, aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - A substituição do Diretor afastado deverá ocorrer de imediato, obrigando-se o Diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º - Fica estabelecido o prazo de 60 (sessenta) dias para a observância da presente Resolução pelas instituições e pelos profissionais médicos.

Art. 8º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 08 de março de 1991.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES
Secretário-Geral

Câmara Mun. de Palo Branco
Fls. 16
Visto

RESOLUÇÃO CFM nº 1.352/92

Publicada no D.O.U. de 28 de janeiro de 1992, Seção I, p. 1086

MODIFICADA pela Resolução CFM n. 2059/2013

Revoga o "caput" do art. 5º da Resolução CFM nº 1.342/91, que estabelece normas para direção técnica e direção clínica.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e
CONSIDERANDO ser necessário disciplinar a extensão em que um médico pode responder pela Direção Técnica ou pela Direção Clínica dos estabelecimentos de saúde, sem, contudo, criar qualquer cerceamento ao exercício da atividade médica;
CONSIDERANDO que o médico, observadas as normas éticas e legais que regem a profissão, pode exercer seu trabalho em empresas ou instituições distintas, desde que haja compatibilidade de horários;
CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo Conselho Federal de Medicina em sessão plenária realizada em 17 de janeiro de 1992;

RESOLVE:

Art. 1º - Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.
Parágrafo único. Excetuam-se desta limitação as pessoas jurídicas de caráter individual em que o médico é responsável por sua própria atuação profissional. (acrescido pela Resolução CFM n. 2059/2013)

Art. 2º - Fica revogado o "caput" do Art. 5º da RESOLUÇÃO CFM Nº 1.342/91, de 08 de março de 1991, mantido seu Parágrafo único.

Art. 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 17 de janeiro de 1992.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
Presidente

WALDIR PAIVA MESQUITA
2º Secretário

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 17
Visto

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 2.059/2013

(Publicada no D.O.U. de 03 dezembro de 2013, Seção I, p. 206)

Acrescenta parágrafo único ao art. 1º da Resolução CFM nº 1.352/92, publicada no D.O.U. de 28 de janeiro de 1992, Seção I, p. 1086.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO a modalidade de empresa individual, portanto sem corpo clínico nem estrutura física além daquela que compõe seu próprio consultório;

CONSIDERANDO que as responsabilidades do diretor técnico no campo da ética são as mesmas exigidas do médico como profissional pessoa física;

CONSIDERANDO ser admissível que exerça suas atividades em diferentes locais, sem, contudo, responsabilizar-se pela atividade de terceiros, somente por seu próprio exercício profissional;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 23/13, aprovado em sessão plenária de 22 de agosto de 2013;

CONSIDERANDO o decidido em sessão plenária de 17 de outubro de 2013,

RESOLVE:

Art. 1º Alterar o art. 1º da Resolução CFM nº 1.352/92, que passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:
Parágrafo único. *Excetuam-se desta limitação as pessoas jurídicas de caráter individual em que o médico é responsável por sua própria atuação profissional.*

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 17 de outubro de 2013.

ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

Câmara Mun. de Palo Branco
Fls 18
Visto

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.059/13

A Resolução CFM nº 1.352/92 foi elaborada para garantir que o médico, na função de diretor técnico, efetivamente assumisse a responsabilidade pelo funcionamento do hospital ou entidade de prestação de serviço de assistência médica, representando perante os órgãos governamentais e os Conselhos Regional e Federal de Medicina.

Para cumprir sua função com efetividade, julgou-se necessário que o médico não assumisse a responsabilidade por mais do que duas entidades, partindo do princípio que atenderia cada uma delas num turno de trabalho.

Ocorre que atualmente existe a modalidade da firma, pessoa jurídica individual, na qual o médico, mesmo constituindo uma pessoa jurídica, exerce sua profissão individualmente, não assumindo representatividade pela administração ética ou perante o governo além daquela a que está obrigado a cumprir como médico autônomo, não sendo necessário cumprir função diversa daquela de diretor técnico.

Em face do exposto, entendo que o diretor técnico de firma individual não deve ser computado no limite estabelecido na Resolução CFM nº 1.352/92.

CLAUDIO BALDUÍNO SOUTO FRANZEN
Conselheiro relator

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3445 5900 | FAX: (61) 3346 0231 | Site:

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 19
Visto

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/2014

(Publicado do D.O.U. de 16 set. 2014, Seção I, p. 80)

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 n° 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;

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 20
Visto

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. 1° 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. 2° 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. 3° Todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3445 5900 | FAX: (61) 3346 0231| http://www.portalmedico.org.br

Câmara Mun. de Palo Branco
Fls 21
Visto

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

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília, DF | FONE: (61) 3445-5900 | Fax:

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 22
Visto

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".

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3445 5900 | FAX: (61) 3346 0231| http://www.portalmedico.org.br

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls 23
Visto

§ 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

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 24
Visto

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

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3445 5900 | FAX: (61) 3346 0231| http://www.portalmedico.org.br

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls 25
Visto

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.

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3445-5900 | FAX: (61) 3445-5

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 26
Visto

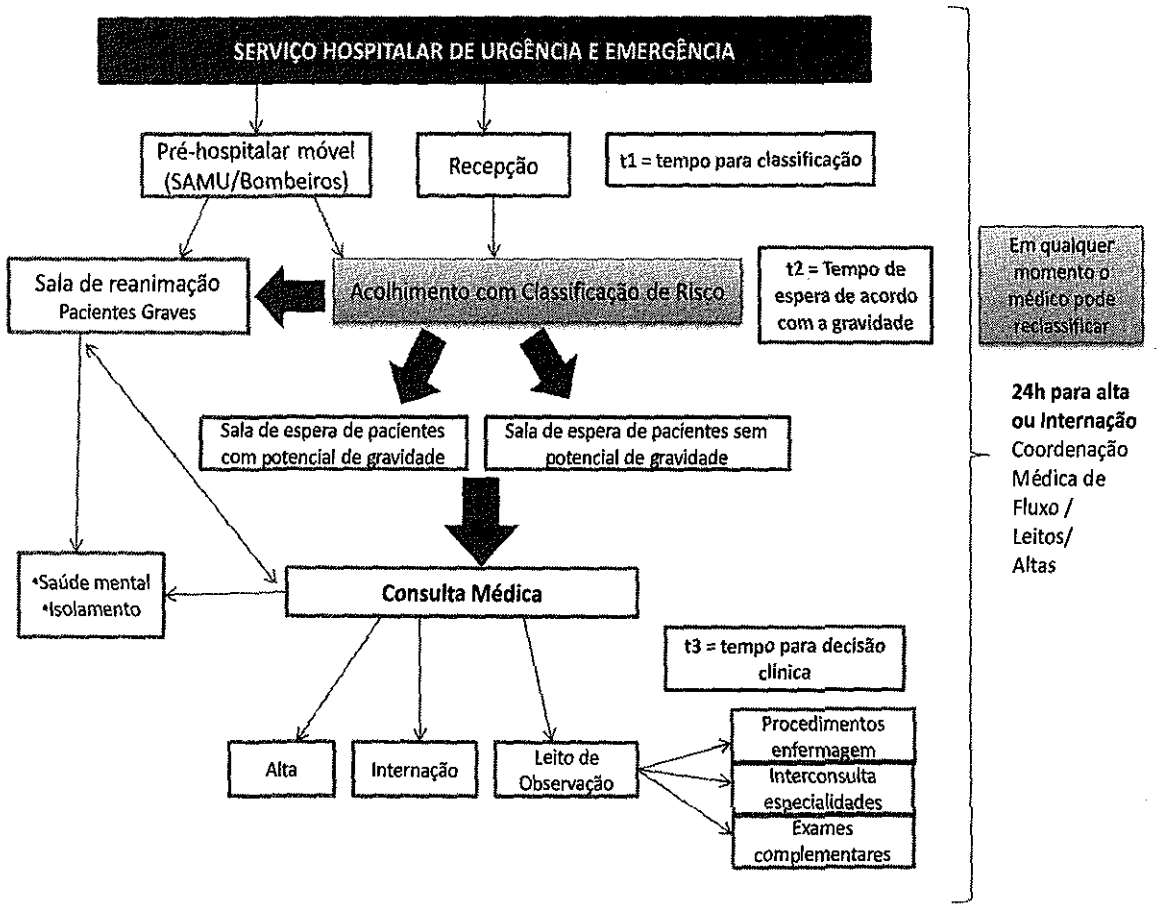


Figura 1. Algoritmo de fluxo do paciente no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.

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

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3445 5900 | FAX: (61) 3346 0231| http://www.portalmedico.org.br

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 97
Visto

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

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3445 5900 | FAX: (61) 3346 0304

Câmara Mun. de Palo Branco
Fls
Visto

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:

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3445 5900 | FAX: (61) 3346 0231| http://www.portalmedico.org.br

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls 29
Visto

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

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 30
Visto

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

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3445 5900 | FAX: (61) 3346 0231| http://www.portalmedico.org.br

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 31
Visto

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 2.079/2014

(Publicado no D.O.U. em 16 set. 2014, Seção I, p.81)

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

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

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

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

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina deve regulamentar e normatizar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços de UPAs e congêneres, tendo como objetivo o desempenho ético-profissional da medicina;

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

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

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

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3445-5900 | FAX:

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 32
Visto

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

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

CONSIDERANDO a necessidade de quantificar e qualificar a equipe médica para atuar nas UPAs e congêneres, de acordo com o número e perfil esperados de pacientes a serem atendidos no local, de forma a garantir a autonomia do médico em seu exercício profissional;

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

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

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

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

RESOLVE:

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

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

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

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

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

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls 33

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 34
Visto

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

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

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

a) Forem detectadas condições inadequadas de atendimento na UPA, com superlotação das salas de observação e/ou de estabilização, ou deficiências na estrutura física;

b) Houver pacientes que necessitem de unidade de terapia intensiva ou necessidade de transferência para atendimento hospitalar, e não houver leito disponível na Rede;

c) O médico plantonista da UPA não conseguir transferir paciente no fluxo do sistema de regulação de leitos.

§ 1º A "vaga zero" é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

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

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

Brasília-DF, 14 de agosto de 2014.

ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3445 5900 | FAX: (61) 3346 0231| http://www.portalmedico.org.br

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 35
Visto

ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM nº 2.079/14

1. Acolhimento com Classificação de Risco

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

A classificação deve obrigatoriamente ser feita em local que assegure a privacidade e o sigilo do paciente, podendo este ter duas ou mais salas de classificação para os momentos de maior fluxo de atendimento, resguardadas as condições de privacidade. Ao chegar à UPA, o acesso dos pacientes ao Setor de Classificação de Risco deve ser imediato. Assim, o tempo de espera para ser classificado deverá tender a zero, com os tempos de espera diferenciais para acesso ao médico não ultrapassando, na categoria de menor urgência, 120 minutos.

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

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

2. Sistema de fluxo

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

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3446-5900 | FAX: (61)

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 36
Visto

graves. Os demais pacientes deverão passar pelo processo de Acolhimento com Classificação de Risco.

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

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

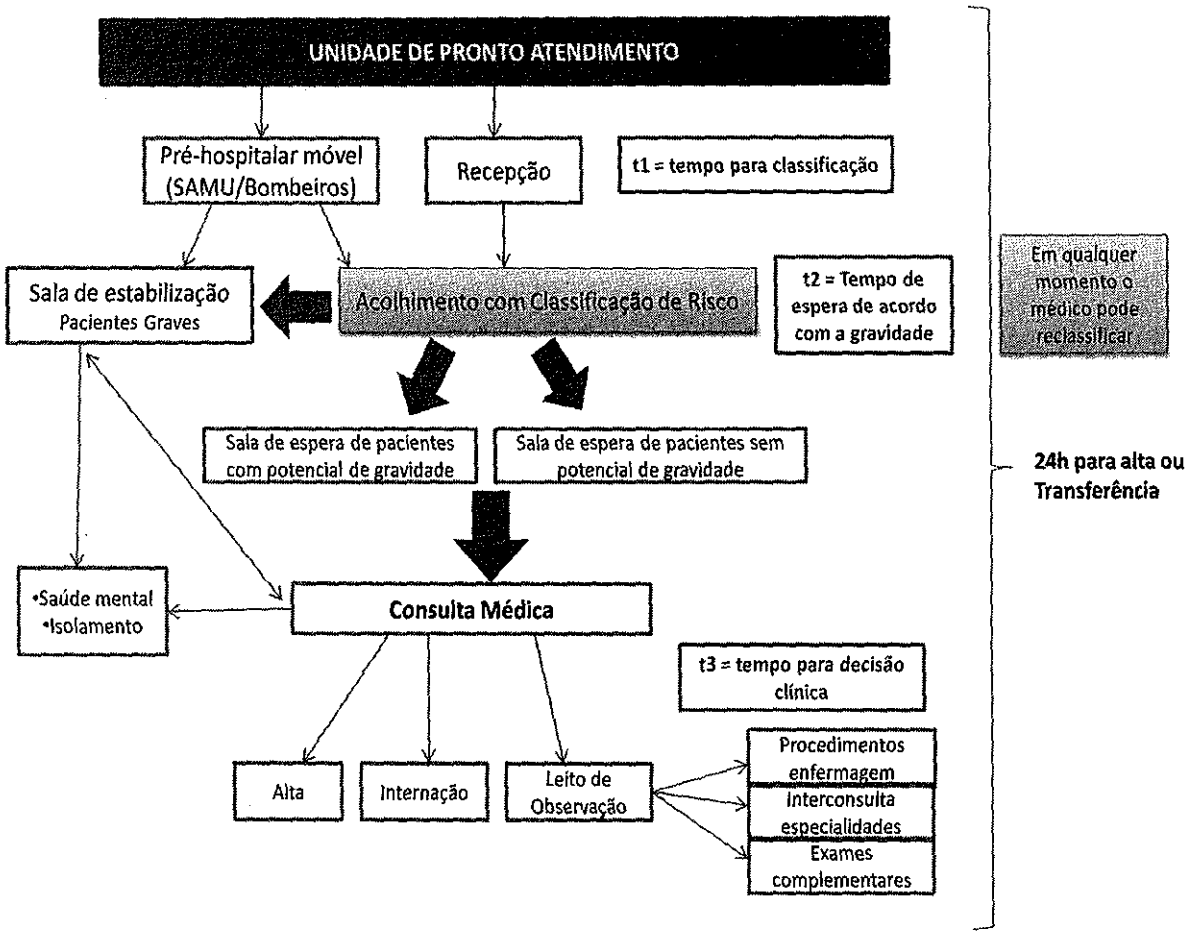


Figura 1. Algoritmo de fluxo do paciente na UPA.

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

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

Câmara Mun. de Palo Branco
Fls. 37
Visto

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

Para os pacientes classificados como de máxima urgência, a sala de estabilização ou de procedimentos avançados deverá ter capacidade de no mínimo dois pacientes com as devidas áreas de circulação e contar com médico exclusivo no local. O paciente não deverá ficar mais de 4 horas na sala de estabilização.

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

3. Quantificação da equipe médica

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

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

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

Para as consultas aos pacientes com e sem potencial de gravidade, portanto excluídos os médicos para atender na sala de reanimação de pacientes graves e os responsáveis pelos pacientes em observação, utiliza-se como referência desejável o máximo de três pacientes

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-160 | Brasília DF | FONE: (61) 3445-5900 | FAX: (61) 3445-5905

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 38
Visto

por hora/médico. Para fins desse cálculo fica excluído qualquer outro médico que não participe do primeiro atendimento na UPA.

Assim, como exemplo para fins práticos, considerando uma UPA 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 na UPA 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 na UPA.

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 na UPA que utilizarão este setor, onde poderão permanecer no máximo 24 horas.

A equipe de médicos plantonistas da UPA poderá se revezar nos diferentes setores de atendimento durante o turno do plantão.

4. Qualidade e segurança assistencial ao paciente e ao médico nas UPAs

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.

SGAS 915 Lote 72 | CEP: 70390-150 | Brasília-DF | FONE: (61) 3445 5900 | FAX: (61) 3346 0231| http://www.portalmedico.org.br

Câmara Mun. de Pato Branco
Fls. 39
Visto

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 nas UPAs são de responsabilidade do diretor administrativo e do gestor, cabendo ao diretor clínico e ao diretor técnico acioná-los formalmente, exigindo a garantia de qualidade e segurança assistencial aos pacientes e aos médicos da UPA. 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 e o gestor.

5. 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 sistemas estaduais 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

Câmara Mun de Pato Branco
Fls 40
Visto

PROJETO DE LEI Nº 142/2014

Altera os § 2º, § 4º e § 6º do artigo 32 da Lei Municipal nº 3.812, de 4 de abril de 2012.

Art. 1º O § 2º do art. 32, da Lei nº 3.812, de 4 de abril de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 2º Somente serão permitidas substituições entre os próprios médicos plantonistas, com motivo devidamente justificado, com a autorização do Diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta deste, pelo Chefe da Divisão de Clínicas, com aviso prévio de, no mínimo, 24 (vinte e quatro) horas de antecedência."

Art. 2º O § 4º do art. 32, da Lei nº 3.812, de 4 de abril de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 4º As escalas de plantão médico deverão permanecer afixadas em local visível, com as assinaturas do Diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta deste, pelo Chefe da Divisão de Clínicas, e arquivadas na Secretaria Municipal de Saúde."

Art. 3º O § 6º do art. 32, da Lei nº 3.812, de 4 de abril de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 6º Respeitado o mínimo estabelecido pelo § 1º deste artigo, a quantidade e a prioridade na execução dos demais plantões a serem distribuídos pelo Diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta deste, pelo Chefe da Divisão de Clínicas, em conjunto com o Gestor Municipal de Saúde, deverão seguir critérios que envolvam produtividade, desempenho, disciplina, assiduidade e pontualidade."

Art. 4º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Câmara Mun de Pato Branco
Fls 41
Visto

DIÁRIO DO SUDOESTE

PATO BRANCO | QUINTA-FEIRA, 20 DE NOVEMBRO DE 2014 | ANO XXIX | NÚMERO 6237 | EDIÇÃO REGIONAL | DIARIODOSUDOESTE.COM.BR | PAG B3

MUNICÍPIO DE PATO BANCO – ESTADO DO PARANÁ

LEI Nº 4.473, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2014

Altera os § 2º, § 4º e § 6º do artigo 32 da Lei Municipal nº 3.812, de abril de 2012.

A Câmara Municipal de Pato Branco, Estado do Paraná, aprovou e eu, Prefeito, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O § 2º do art. 32, da Lei nº 3.812, de 4 de abril de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 2º Somente serão permitidas substituições entre os próprios médicos plantonistas, com motivo devidamente justificado, com a autorização do Diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta deste, pelo Chefe da Divisão de Clínicas, com aviso prévio de, no mínimo, 24 (vinte e quatro) horas de antecedência."

Art. 2º O § 4º do art. 32, da Lei nº 3.812, de 4 de abril de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 4º As escalas de plantão médico deverão permanecer afixadas em local visível, com as assinaturas do Diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta deste, pelo Chefe da Divisão de Clínicas, e arquivadas na Secretaria Municipal de Saúde."

Art. 3º O § 6º do art. 32, da Lei nº 3.812, de 4 de abril de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 6º Respeitado o mínimo estabelecido pelo § 1º deste artigo, a quantidade e a prioridade na execução dos demais plantões a serem distribuídos pelo Diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta deste, pelo Chefe da Divisão de Clínicas, em conjunto com o Gestor Municipal de Saúde, deverão seguir critérios que envolvam produtividade, desempenho, disciplina, assiduidade e pontualidade."

Art. 4º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito, 19 de novembro de 2014.

AUGUSTINHO ZUCCHI

Prefeito

Diário Oficial dos Municípios
do Sudoeste do Paraná–DIOEMS

Câmara Mun de Pato Branco
Fls 42
Visto

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO

LEI Nº 4.473, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2014

Altera os § 2º, § 4º e § 6º do artigo 32 da Lei Municipal nº 3.812, de abril de 2012.
A Câmara Municipal de Pato Branco, Estado do Paraná, aprovou e eu, Prefeito, sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º O § 2º do art. 32, da Lei nº 3.812, de 4 de abril de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:
"§ 2º Somente serão permitidas substituições entre os próprios médicos plantonistas, com motivo devidamente justificado, com a autorização do Diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta deste, pelo Chefe da Divisão de Clínicas, com aviso prévio de, no mínimo, 24 (vinte e quatro) horas de antecedência."
Art. 2º O § 4º do art. 32, da Lei nº 3.812, de 4 de abril de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:
"§ 4º As escalas de plantão médico deverão permanecer afixadas em local visível, com as assinaturas do Diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta deste, pelo Chefe da Divisão de Clínicas, e arquivadas na Secretaria Municipal de Saúde."
Art. 3º O § 6º do art. 32, da Lei nº 3.812, de 4 de abril de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:
"§ 6º Respeitado o mínimo estabelecido pelo § 1º deste artigo, a quantidade e a prioridade na execução dos demais plantões a serem distribuídos pelo Diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta deste, pelo Chefe da Divisão de Clínicas, em conjunto com o Gestor Municipal de Saúde, deverão seguir critérios que envolvam produtividade, desempenho, disciplina, assiduidade e pontualidade."
Art. 4º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.
Gabinete do Prefeito, 19 de novembro de 2014.
AUGUSTINHO ZUCCHI
Prefeito

Publicado em _____/_____/_____ Edição: _____ DIÁRIO ELETRÔNICO DOS MUNICÍPIOS DO SUDOESTE DO PARANÁ–DIOEMS	Publicado em _____/_____/_____ Edição: _____ Pág: "8" _____ JORNAL DIÁRIO DO SUDOESTE

Cod:1120483

Câmara Mun de Pato Branco
Fls 43
Visto

PROJETO DE LEI Nº 142/2014

MENSAGEM Nº: 102/2014

RECEBIDA EM: 24 de junho de 2014

SÚMULA: Altera os § 2º, § 4º e § 6º do artigo 32 da Lei Municipal nº 3812, de abril de 2012.
(A Lei Municipal nº 3812, de abril de 2012, instituiu o Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos dos Servidores Públicos do Município de Pato Branco. Atualmente o Diretor Clínico tem a incumbência de autorizar, assinar e distribuir plantões médicos. Ocorre que o Diretor Clínico é eleito pelos médicos concursados do Município, atuando e tendo legitimidade para atuar em defesa do interesse da classe médica, nem sempre em concordância com os interesses da administração pública, em especial no que se refere ao escalonamento dos plantões do pronto atendimento municipal. considerando que a normatização das escalas é atribuição mais administrativa do que médica propriamente dita, e que deve ser feita em consonância com a necessidade e interesse da Secretaria Municipal de Saúde (e não no interesse individual dos servidores médicos concursados), requer-se nova redação aos artigos mencionados, atribuindo responsabilidade hoje designados ao diretor clínico, ao diretor do Departamento de Assistência à Saúde e, na falta desse, ao Chefe da Divisão de Clínicas, independentemente da anuência do Diretor Clínico)

AUTOR: Executivo Municipal

LEITURA EM PLENÁRIO: 25/06/2014

DISTRIBUÍDO À COMISSÃO DE JUSTIÇA E REDAÇÃO EM: 04/07/2014
Relator: Claudemir Zanco – PROS.

DISTRIBUÍDO À COMISSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM: 04/07/2014
Relator: Enio Ruaro – PR.

DISTRIBUÍDO À COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANÇAS EM: 04/07/2014
Relator: Leunira Viganó Tesser – PDT.

VOTAÇÃO SIMPLES

RETIRADO DE PAUTA: 25/08/2014, a pedido do vereador Guilherme Sebastião Silverio. Aguarda Documentação do CRM.

PRIMEIRA VOTAÇÃO: 12/11/2014 – Aprovado com 8 (oito) votos a favor e 2 (dois) contra.
Votaram a favor: Augustinho Polazzo – PROS, Claudemir Zanco – PROS, Clóvis Gresele – PP, Enio Ruaro – PR, Geraldo Edel de Oliveira – PV, Laurindo Cesa – PSDB, Leunira Viganó Tesser – PDT e Vilmar Maccari – PDT.
Votaram contra: José Gilson Feitosa da Silva – PT e Raffael Cantu – PCdoB.

SEGUNDA VOTAÇÃO: 12/11/2014 – Aprovado com 7 (sete) votos a favor, 2 (dois) contra e 1 (uma) ausência.
Votaram a favor: Augustinho Polazzo – PROS, Claudemir Zanco – PROS, Clóvis Gresele – PP, Enio Ruaro – PR, Geraldo Edel de Oliveira – PV, Laurindo Cesa – PSDB e Vilmar Maccari – PDT.
Votaram contra: José Gilson Feitosa da Silva – PT e Raffael Cantu – PCdoB.
Ausente: Leunira Viganó Tesser – PDT.

REDAÇÃO FINAL: Ofício nº 562, de 18 de novembro de 2014.

Lei nº 4473, de 19 de novembro de 2014.

PUBLICADO no jornal Diário do Sudoeste, edição nº 6237, de 20 de novembro de 2014, p. B3; e no sítio http://amsop.dioems.com.br/ edição nº 731, de 20 de novembro de 2014.