



**PARECER CREMEB Nº 02/15**

(Aprovado em Sessão Plenária de 24/02/2015)

**PROCESSO CONSULTA N.º 20/2014**

**ASSUNTO:** Atendimento de paciente com lesão neurológica, traumática ou não, que possa demandar avaliação neurocirúrgica, em unidade hospitalar que não disponha de neurocirurgião.

**PARECERISTA:** Cons. Jorge Marcelo da Cruz Oliveira Motta.

**EMENTA:** As unidades de urgência e emergência podem acolher pacientes neurológicos, que demandam avaliação com neurocirurgião, para primeiro atendimento, avaliando-o e estabilizando-o clinicamente, mesmo na ausência do especialista. A definição do médico assistente deve ser voltada para o profissional com melhor capacitação técnica existente na unidade.

**DA CONSULTA**

Consulente, diretor técnico de hospital geral público do interior do estado, descreve dificuldades de entendimento, junto ao SAMU local, para o acolhimento de pacientes com lesões neurológicas agudas, traumáticas ou não, que possam demandar a avaliação de neurocirurgião, considerando que não possui tal especialista em seu corpo clínico e que o retardo no encaminhamento para uma unidade de referência da rede pública de saúde pode ocasionar danos aos pacientes.

Solicita, então, parecer deste conselho com os seguintes questionamentos:

1. No caso de paciente com diagnóstico neurocirúrgico (TCE, hemorragia intracraniana, decorrente de trauma ou não) transportado pelo SAMU para um hospital que não é referência para este tipo de atendimento, é obrigação do hospital receber e internar este paciente? É obrigação do SAMU conduzir este paciente para uma unidade de referência?
2. Nos casos inevitáveis, por intransigência do SAMU, em que este paciente fica internado, quem ficaria responsável pela prescrição médica: clínico geral, cirurgião geral, neurologista?

**FUNDAMENTAÇÃO**

A assistência aos pacientes em situações de urgência e emergência constitui-se num importante elemento do sistema de saúde brasileiro, particularmente no setor público. Isto é percebido ao se verificar o crescimento da demanda por serviços desta natureza nos últimos anos, muito relacionado ao aumento do número de acidentes e da violência urbana, associado a uma insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga das unidades e Serviços de Urgência e Emergência.

Além disso, as características geográficas do nosso estado, com distâncias significativas entre municípios de pequeno e médio porte e seus respectivos municípios de referência para a atenção





hospitalar especializada e de maior complexidade, leva a necessidade de serviços intermediários em complexidade, capazes de garantir a adequada reanimação e/ou estabilização para os pacientes graves e os cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não graves.

A Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, estabelece, que:

*"O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve se estruturar a partir da leitura ordenada das necessidades sociais em saúde e sob o imperativo das necessidades humanas nas urgências. O diagnóstico destas necessidades deve ser feito a partir da observação e da avaliação dos territórios sociais com seus diferentes grupos humanos, da utilização de dados de morbidade e mortalidade disponíveis e da observação das doenças emergentes. Deve-se também compor um quadro detalhado dos recursos existentes, levando-se em consideração sua quantidade, localização, acesso, complexidade, capacidade operacional e técnica. Do confronto das necessidades diagnosticadas com as ofertas existentes, poderemos visualizar as deficiências do sistema e projetar suas correções (...). É imprescindível que estes diagnósticos sejam amplamente discutidos com todos os atores sociais envolvidos na promoção, prevenção, atenção e recuperação aos agravos à saúde, como conselhos de saúde, gestores de saúde, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços, usuários, conselhos de classe, educação, promoção social, segurança social, transportes e outros."*

O Conselho Federal de Medicina cita, na Exposição de Motivos da Resolução 2.077/14, a necessidade de existirem políticas públicas voltadas a toda a Rede de Atenção às Urgências (promoção, prevenção e vigilância; salas de estabilização; força nacional do SUS; SAMU 192; UPA 24h; Hospitalar; atenção domiciliar) como fundamental para solucionar os problemas deste segmento.

Evidencia-se, portanto, a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, além de estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências, sendo fundamental para tanto a atuação dos gestores públicos, municipais e estadual, de forma integrada, contínua e responsável.

A Portaria nº 2.048/GM/MS instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, que estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, envolvendo temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar fixo e móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.

Este regulamento define as atribuições técnicas e gestoras da regulação médica das urgências e emergências, sendo caracterizados como papel do médico regulador os seguintes itens, dentre outros:

- decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento;



- decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;
- definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento.

Ainda segundo o regulamento técnico citado, o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve estar vinculado a uma Central de Regulação e ser compatível com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Além disso, o serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional. Os cuidados neurocirúrgicos estão previstos para as unidades de referência da rede de atenção às urgências, nos seus diferentes tipos, e são classificados como serviços alcançáveis, não necessariamente presenciais.

Faz-se necessário salientar também que, conforme observado em literatura, lesões neurológicas agudas potencialmente cirúrgicas, traumáticas ou não, estão frequentemente associadas a outras condições clínicas ou levam a manifestações sistêmicas que necessitam de cuidados médicos pré-operatórios que permitem a estabilização do paciente favorecendo a melhores resultados cirúrgicos, reduzindo, por vezes, a ocorrência de sequelas por lesões neurológicas secundárias ou mesmo o risco de morte. O atendimento inicial ao politraumatizado com TCE, segundo as diretrizes do ATLS, ou mesmo a instituição de medidas clínicas para neuroproteção para casos de hemorragias subaracnóideas, são exemplos de intervenções clínico-cirúrgicas de otimização que podem anteceder abordagens neurocirúrgicas e reduzir a morbimortalidade com aumento das chances de bons resultados após o tratamento especializado definitivo.

Por fim, é preciso ressaltar a definição da Resolução CFM 2077/14, nos seus arts. 12 e 13, a saber:

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

*Parágrafo único. Enquanto o paciente internado estiver nas dependências do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, as intercorrências por ele apresentadas deverão ser atendidas pelos médicos plantonistas deste setor, caso o médico assistente esteja ausente; no entanto, este deverá ser imediatamente comunicado do fato, sendo a responsabilidade da assistência compartilhada, objetivando sempre o melhor tratamento para o paciente.*

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

## CONCLUSÃO

Considerando os pontos levantados e as dúvidas apresentadas pelo consultante, e diante do exposto na fundamentação acima, torna-se possível concluir que:

É possível o encaminhamento, a partir de um serviço pré-hospitalar móvel, de pacientes com suspeita de lesão neurológica aguda, que possam demandar avaliação com neurocirurgião, para unidade hospitalar que não possua presencialmente este especialista, mediante necessidade





apontada pela equipe intervencionista e a avaliação criteriosa do médico regulador, sendo que, este último, deverá decidir sua conduta priorizando o melhor para cada paciente especificamente. Nestas unidades os pacientes poderão ser avaliados, melhor diagnosticados, estabilizados e, caso necessário, transferidos para serviços de referência neurocirúrgica.

No caso de necessidade de internação, mesmo que temporária enquanto aguarda-se regulação para unidade de referência, deverão ser respeitadas as disposições presentes na Resolução CFM 2.077/14. Quanto à definição de qual especialista será o médico assistente do paciente (se cirurgião geral, clínico geral, neurologista), entende-se que esta é uma prerrogativa de cada unidade hospitalar, diante de sua estruturação de gestão da clínica, considerando admissível o acompanhamento concomitante com mais de um especialista de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente.

É papel da Central de Regulação do Estado (CER) diligenciar as transferências inter-hospitalares dos pacientes quando acionada pelas unidades solicitantes, da forma mais ágil possível a fim de evitar dano(s) aos pacientes.

Cabe ao diretor técnico cobrar do gestor público a sua responsabilidade de dotar as unidades da rede pública de atenção às urgências e emergências, com a estruturação recomendada, tanto com recursos humanos quanto materiais, de maneira a garantir o atendimento às necessidades da população assistida, a partir do perfil epidemiológico e nosológico encontrado.

É o Parecer, SMJ.

Salvador, 04 de fevereiro de 2015.

**Cons. Jorge Marcelo da Cruz Oliveira Motta**  
PARECERISTA

