



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

PARECER CREMEB Nº 28/13

(Aprovado em Sessão Plenária de 23/07/2013)

EXPEDIENTE CONSULTA Nº 011.881/13

ASSUNTO: Relação de proporcionalidade: Número de profissionais médicos e número de atendimentos.

RELATORA: Consa. Hermila Tavares Vilar Guedes

EMENTA: Gestores de Unidades e Diretores Técnicos devem cumprir as recomendações do MS e do CFM para compor equipes suficientes para prestar uma atenção de qualidade, adequada ao perfil da Unidade e às necessidades da população assistida.

Da Consulta

Médico Delegado do CRM no interior solicita orientação quanto ao número de médicos que devem compor a equipe de saúde de um hospital que atende aos casos de maior complexidade na região, sendo atendidas cerca de 300 pessoas por dia e dispendo de Pronto Socorro, maternidade, serviços de pediatria e ortopedia.

Do Relatório

Foi realizada exaustiva busca, tendo sido encontradas algumas Portarias do Ministério da Saúde (MS) e Resoluções do CFM e de Conselhos Regionais que devem direcionar a definição por parte das instituições.

A Resolução CFM nº 1451/1995 preconiza, em seu Art. 2º:

“A equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas: Anestesiologia; Clínica Médica; Pediatria; Cirurgia Geral; Ortopedia”.

Com vistas a orientar o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, a Portaria GM/MS n.º 2048-2002 aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (RTSEUE). Tal Portaria, em seu Art. 1º, parágrafo 2,º determina:

“Este Regulamento é de caráter nacional devendo ser utilizado pelas 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”.

O RTSEUE, por sua vez, utiliza as classificações dos municípios, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002; e das Unidades segundo a Portaria MS nº 479, de 15/04/1999, orientando detalhes técnicos e administrativos para o funcionamento efetivo de cada categoria de





CREMIEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Unidades de Saúde que atende a urgências e emergências, além de tratar do Sistema de Regulação e do atendimento pré-hospitalar móvel.

O Capítulo V do RTSEUE, referente a Atendimento Hospitalar, no item 2.2.1, relativo a Recursos Humanos, orienta:

“Toda equipe da Unidade deve ser capacitada nos Núcleos de Educação em Urgências e treinada em serviço e, desta forma, capacitada para executar suas tarefas. No caso do treinamento em serviço, o Responsável Técnico pela Unidade será o coordenador do programa de treinamento dos membros da equipe. Uma cópia do programa de treinamento (conteúdo) ou as linhas gerais dos cursos de treinamento devem estar disponíveis para revisão; deve existir ainda uma escala de treinamento de novos funcionários. A Unidade deve contar com:

a - Responsável Técnico - médico com Título de Especialista em sua área de atuação profissional reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina ou com Certificado de Residência Médica em sua especialidade emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC.

O médico Responsável Técnico pela Unidade somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade cadastrada pelo Sistema Único de Saúde. No caso de responsável técnico de Unidade instalada em Hospital Universitário, o médico poderá acumular esta responsabilidade com a de mais uma Unidade cadastrada pelo SUS, desde que instalada no mesmo município.

b - Equipe Médica: deve ser composta por médicos em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços nas 24 horas do dia para atendimento de urgências/emergências e todas as atividades dele decorrentes.”

A Portaria do Ministério da Saúde, Nº 1101-2001 apresenta as fórmulas para cálculo da cobertura de internação hospitalar, considerando a população da região. Também estabelece a Capacidade de produção de recursos humanos na área de saúde em quantitativo de consultas, informando que se trata de Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Para o médico é apresentada a taxa de 4 consultas por hora; significando que o médico que trabalha 12 horas, fará 48 consultas por plantão.

Contudo, embora a maioria das situações que se apresentam nessas UPAs seja reconhecidamente de baixa complexidade, sabe-se que tal fator (a complexidade de casos) em Unidades de Emergência (e mesmo nas UPAs) varia bastante; de modo que um paciente pode demandar atenção direta do médico por várias horas. Mesmo casos mais simples, especialmente em determinadas especialidades, dificilmente, ocupam apenas 15 minutos do médico. Utilizando como parâmetro o tempo médio de 20 minutos por consulta, a demanda citada pelo consulente, de 300 pacientes em 24 horas, suscitaria o trabalho ininterrupto de 4 médicos, apenas para consultas no Pronto Atendimento, sem contabilizar assistência a intercorrências em enfermarias ou mesmo a avaliação de resultados de exames ou da evolução de pacientes em observação.





O tamanho da população a ser coberta pela unidade é utilizado como fator que classifica as UPA's em três categorias, segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 1020 de 13/05/2009. O quadro abaixo apresenta a classificação, conforme consta da referida portaria, em seu Artigo 2º, Parágrafo 2:

Classificação da UPA	População da região de cobertura (Nº hab)	Área Física (m²)	Quantidade de atendimentos médicos / 24h (Nº absoluto)	Quantidade mínima de médicos por plantão (Nº absoluto)	Quantidade de leitos de Observação (Nº absoluto)
Porte I	50.000 a 100.000	700	50 - 150	2 médicos; sendo 1 pediatra e 2 clínicos gerais	5 - 8
Porte II	100.001 a 200.000	1.000	151 - 300	4 médicos: Distribuídos entre pediatras e clínicos gerais	9 - 12
Porte III	200.001 a 300.000	1.300	301 - 450	6 médicos: Distribuídos entre pediatras e clínicos gerais	13 - 20

Há uma Portaria do Ministério da Saúde (Nº 2809 de 07/12/2012) que se refere a atendimentos “de retaguarda” em hospitais, o que pode ser interpretado como atenção a intercorrências. Tal dispositivo considera que, nessa condição, uma equipe com dois médicos pode atender a 35 a 40 leitos “para suporte a serviços de Urgência e Emergência”.

Quanto à definição qualitativa da equipe médica, verifica-se que segundo a Resolução CFM nº 1451/1995, serviços de Urgência e Emergência devem dispor, “no mínimo, de Anestesiologista, Cirurgião, Clínico, Pediatra e Ortopedista”.

Aspectos específicos devem ser considerados, quando da definição quantitativa e qualitativa das equipes. A equipe cirúrgica, quando em ato operatório, na maioria das vezes não pode contar apenas com o cirurgião principal. Quanto a isso, é importante ressaltar o que diz a Ementa do Parecer CREMEB nº 38/2012:

“A Equipe cirúrgica deve ser composta por cirurgião e auxiliares médicos, em conformidade com a Res. CFM nº 1490/98. Diretor Técnico de Unidade de Saúde e/ou médico que permita a substituição de 1º auxiliar médico por profissional de enfermagem em procedimento cirúrgico contraria normas emanadas pelo CFM e infringe o Código de Ética Médica”.

Diante do fato de que profissionais de enfermagem e outros não médicos atuam como auxiliares em atos cirúrgicos, faz-se relevante informar que o Parecer acima vai ao encontro da Res. COFEN Nº 280/2003, que diz, no seu Art. 1º:

“É vedado a qualquer profissional de Enfermagem a função de auxiliar de cirurgia”.

Além disso, deve ser prevista a necessidade de equipes de sobreaviso; uma vez que, em um hospital de porte III, referência regional, como aquele que é foco da presente consulta, não é recomendado que o



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

plantonista de cirurgia do setor de Emergências seja deslocado para o centro cirúrgico, sem suporte de equipe e sem que haja escalado outro cirurgião que o possa substituir, quando necessário.

Tais observações valem, também, para a obstetrícia, lembrando que todo parto se configura em uma situação de emergência; razão pela qual não é recomendado que haja menos de dois obstetras de plantão em hospitais-maternidades, sendo 3 um número mínimo, tendo em vista que, em partos cirúrgicos, estando dois deles em atividade operatória, o terceiro assistiria à triagem e a intercorrências.

Tendo em vista as observações acima, quanto a urgências e emergências, é claramente perceptível o caráter indispensável da figura presencial do anestesiológico na equipe de plantão.

Também deve ser lembrado que a presença de pediatra em sala de parto é recomendação do Ministério da Saúde para que haja o parto seguro. Titulação na área de atuação em Neonatologia não é necessário para atenção ao parto; mas em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e na Coordenação de Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN).

Titulação de especialista também não é condição absoluta para a atuação de médicos nos setores de Urgência, Emergência e Pronto Atendimento; sendo o médico responsável pela qualidade de sua atuação profissional, conforme reza o Código de Ética Médica.

A fim de complementar o elenco de informações a respeito de determinações quanto ao quantitativo de médicos em unidades hospitalares, é trazida a Resolução ANVISA/DC 07 de 24/02/2010, a qual Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Tratamento Intensivo, a qual reza, em sua seção III, a qual trata dos recursos humanos:

“Art. 13 Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos.

§ 1º O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal;

§ 3º É permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI.

Art. 14 Além do disposto no Artigo 13 desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais: I - Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal;





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

II - Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno”.

Faz-se importante lembrar que há outros setores hospitalares, como aqueles de apoio diagnóstico, que necessitam de médicos para o seu funcionamento e não são contabilizados nas referências citadas.

Conclusão

Há normas que recomendam a presença de Obstetras, Cirurgião, Clínico Geral, Pediatra, Ortopedista e Anestesiologista em Unidades do porte do hospital em foco. A legislação determina o número mínimo de médicos em regime de plantão, considerando a estimativa de atendimentos necessários.

Existe grande preocupação com a efetividade dos serviços, particularmente no que se refere à atenção a urgências e emergências. Nesse sentido, cita-se um trecho do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, já referido neste relatório, onde se lê:

“...situação preocupante para o sistema de saúde é a verificada “proliferação” de unidades de “pronto atendimento” que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência”.”

Estabelecer o número ideal de plantonistas hospitalares não é tarefa fácil, pois é necessário considerar diferentes aspectos. A estimativa da demanda social e a capacidade estrutural da Unidade constituem fatores básicos para definir a quantidade e a categorização de médicos de um serviço. Dessa forma, devem ser considerados os seguintes aspectos:

- Cobertura populacional da Unidade;
- Quantitativo de atendimentos diários;
- Área física da Unidade hospitalar e distribuição espacial dos setores de atenção à saúde, como a distância entre os setores;
- Número de leitos de internação e observação.
- Grau de complexidade da casuística atendida.

Diante dessas especificidades e da inexistência de normativa legal que determine a obrigatoriedade de um número ideal de médicos compondo as equipes de saúde, os gestores de Unidades e os Diretores Técnicos devem considerar as recomendações do MS e do CFM, no sentido de compor equipes eficientes e suficientes para prestar uma atenção de qualidade, adequada ao perfil da Unidade e às necessidades da população a quem serve.

Buscando responder ao questionamento do consulente, referindo-se a um hospital porte III, onde há Serviço de Obstetrícia, pertencente a município polo estadual, devendo atender a uma população de 239.729 habitantes (segundo o DATASUS 2011), pode ser inferido que o contingente de médicos lotados no setor de





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Pronto Atendimento daquela Unidade deve corresponder ao mínimo de seis médicos entre clínicos gerais e pediatras. É admissível que entre estes estejam cirurgiões, se também atenderem pacientes clínicos. A tal quantitativo deve ser acrescentado um ortopedista e um anesthesiologista (indispensáveis em um Serviço de Emergência), o que contabiliza 8 profissionais. Caso os profissionais lotados no setor de Pronto Atendimento acumulem a função de assistência de retaguarda a pacientes internados, esse número deverá ser maior.

Para contemplar o Serviço de Obstetrícia, é necessário somar ao quantitativo acima, um pediatra para atenção ao recém-nascido em sala de parto; e obstetras - cujo número mínimo é de três por plantão; podendo haver dois, caso a maternidade seja contígua ao Pronto Atendimento ou Emergência e haja cirurgião no plantão. (Número maior ou igual a 11)

A depender do número de partos e do grau de complexidade da prestação de serviços materno-infantis, pode ser necessário implantar Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais e até Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Nesse caso, o número de neonatologistas e pediatras de plantão deve seguir a recomendação específica do MS para esses setores.

Esse é o Relatório, SMJ.

Salvador, 19 de Julho de 2013.

Cons.^a Hermila Tavares Vilar Guedes
Relatora

