



CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

PARECER CREMEB Nº 01/16

(Aprovado em Sessão Plenária de 08/01/2016)

PROCESSO CONSULTA N.º 01/2015

ASSUNTO: Respaldo legal para atendimento em hospital da rede privada na qual não existe acordo financeiro para sobreaviso.

RELATOR: Cons. Jorge Marcelo da Cruz Oliveira Motta.

EMENTA: O acesso a assistência cirúrgica pediátrica é uma exigência para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Esta atividade pode ser desempenhada pelo especialista em regime de sobreaviso, obedecendo o quanto estabelecido na Resolução CFM N.º 1.834/2008. A participação médica nas escalas de sobreaviso é facultativa, excetuando-se os casos de urgência, se for o único especialista do lugar.

DA CONSULTA

O consulente, cirurgião pediátrico, em E-mail endereçado ao CREMEB (protocolo 20.815/2014) descreve situação vivenciada, em município, por ele e demais colegas da especialidade (num total de 04 profissionais médicos), após a abertura de uma UTI neonatal na rede privada de saúde, sem ter sido estabelecido qualquer acordo financeiro entre os médicos e a instituição hospitalar, já que a diretoria da unidade não pretendia pagar sobreaviso. Informa que os cirurgiões pediátricos não possuem qualquer relação profissional com a instituição.

Considerando que frequentemente apenas um dos cirurgiões encontra-se na cidade, e temendo que sejam obrigados a prestar atendimento a demandas urgentes e emergentes, o consulente descreve tal situação como um dilema e interroga "como ter respaldo legal para não responder ao chamado de uma demanda urgente/emergente que logo surgirá?" e "até onde está a responsabilidade da diretoria do referido hospital que mantém funcionamento sem cirurgião de retaguarda?".

FUNDAMENTAÇÃO

A Sociedade Brasileira de Pediatria, através do seu Departamento de Neonatologia, define a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI neonatal) como aquela unidade destinada ao atendimento de pacientes graves ou com risco de morte, que dispõe de assistência médica e multiprofissional ininterruptas, com





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

recursos humanos especializados, equipamentos específicos próprios e acesso a demais tecnologias destinadas ao diagnóstico e a terapêutica.

Conhecendo as particularidades e a complexidade do paciente neonato crítico e semi crítico, fica patente a necessidade de adoção de cuidados na estruturação/organização destes serviços, reduzindo, assim, os riscos assistenciais clínicos e não clínicos nesse ambiente. Tais cuidados refletem em critérios e requisitos já bem estabelecidos pelos órgãos legal e tecnicamente competentes.

A UTI neonatal caracteriza-se, portanto, como um serviço de internação capaz de prestar cuidado integral ao recém nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais com condições técnicas adequadas ao cuidado especializado, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.

Nesta linha, a ANVISA/Ministério da Saúde, através da Resolução 07/2010, dispôs sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, incluindo aquelas neonatais. Na Seção IV - Acesso a Recursos Assistenciais, art. 18, ficou estabelecida a assistência cirúrgica pediátrica, nos casos de UTI neonatal ou pediátrica, como serviço à beira do leito, a ser garantido por meios próprios ou terceirizados.

Na Portaria no. 930/2012 do Ministério da Saúde/GM, tal entendimento foi reforçado ao ser estabelecido, nas subseções I e II, artigos 13 e 14 respectivamente, dentre outras, a garantia de acesso a assistência clínica cirúrgica pediátrica à beira do leito, como critério de habilitação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Considerando a disponibilidade em regime de sobreaviso como uma prática utilizada em muitos serviços médicos, objetivando otimizar o atendimento das variadas especialidades, e que necessitava ser regulamentada, o Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução 1.834/2008, resolveu:

"Art. 1o. Definir como disponibilidade médica em sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil."

Além disso, estabeleceu, nos seguintes artigos, que:





Art. 2o. A disponibilidade médica em sobreaviso, conforme definido no art. 1o., deve ser remunerada de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico pelos procedimentos praticados.

Parágrafo único. A remuneração prevista no *caput* deste artigo deve ser estipulada previamente em valor acordado entre os médicos da escala de sobreaviso e a direção técnica da instituição de saúde pública ou privada.

Art. 4o. Em caso de urgência e/ou emergência, o médico que acionar o plantonista de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, permanecer como responsável pelo atendimento do paciente que ensejou a chamada até a chegada do médico de sobreaviso, quando ambos decidirão a quem competirá a responsabilidade pela continuidade da assistência.

Art. 5o. Será facultado aos médicos do Corpo Clínico das instituições de saúde decidir livremente pela participação na escala de disponibilidade em sobreaviso, nas suas respectivas especialidades e áreas de atuação.

Parágrafo único. Os regimentos internos das instituições de saúde não poderão vincular a condição de membro do Corpo Clínico à obrigatoriedade de cumprir disponibilidades em sobreaviso.

Art. 6o. Compete ao diretor técnico e ao Corpo Clínico decidir as especialidades necessárias para disponibilidade em sobreaviso, de acordo com a legislação vigente."

O entendimento estabelecido na Resolução CFM 1.834/2008, art. 5o., quanto a faculdade dada ao médico do Corpo Clínico em decidir pela participação ou não em escala de sobreaviso, foi ratificado no Parecer CFM no. 29/11, com o seguinte trecho observado na sua Ementa: "É garantida ao médico a decisão de participar ou não da escala de disponibilidade de sobreaviso. Não se pode vincular obrigatoriedade de participar da escala pelo fato de ser membro do corpo clínico do hospital."

No que diz respeito a remuneração pela atividade médica em regime de sobreaviso, o Parecer CFM no. 06/09, reitera o quanto exposto no art. 2o. da Resolução 1.834/2008, acrescentando o fato de não ser permitida a remuneração simultânea em mais de uma especialidade.

O Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB), no Parecer no. 37/10, reforça a





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

responsabilidade dos diretores técnicos no cumprimento da Resolução CFM nº1.834, e o dever de fiscalização por parte dos Conselhos Regionais de Medicina.

No Parecer CREMEB Nº 09/07 ficou estabelecido que o sobreaviso é uma atividade facultativa e nenhum médico é obrigado a exercê-lo, excetuando-se os casos de urgência, se for o único especialista do lugar. Definindo que o acordo entre os profissionais e a administração das instituições é o modo de estabelecer estas formas de prestação de serviços.

CONCLUSÃO

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatais prestam serviços especializados de alta complexidade, atendendo a pacientes graves ou potencialmente graves, e, portanto, possuem características estruturais e organizacionais específicas necessárias ao desempenho de uma atividade assistencial segura e responsável, envolvendo recursos humanos e materiais qualificados. Os critérios e requisitos para a habilitação e funcionamento destas unidades encontram-se bem definidos na legislação sanitária vigente, e encontram respaldo técnico-científico na Sociedade Brasileira de Pediatria e na Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

O acesso a assistência clínica cirúrgica pediátrica, a beira do leito, é um dos critérios primordiais para o adequado funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais. O regime de sobreaviso para esta atividade/prestação de serviço demonstra-se como uma modalidade bastante razoável e aceitável, devendo obedecer o quanto disposto na Resolução CFM 1.834/2008, cuja garantia de cumprimento envolve diretamente a responsabilidade do diretor técnico das instituições de saúde nas quais o serviço seja prestado.

A participação do médico em escalas de sobreaviso é facultativa, excetuando-se os casos de urgência, caso trate-se do único especialista do lugar. Tal circunstância não isenta a responsabilidade do diretor técnico em estipular, em acordo prévio com os médicos em escala, a remuneração pelo desempenho da atividade de sobreaviso, tanto em instituições públicas quanto privadas.

É o Parecer, SMJ.

Salvador, 7 de janeiro de 2016.

Cons. Jorge Marcelo da Cruz Oliveira Motta
RELATOR

