

PRONTOS-SOCORROS EM AGONIA



ATÉ QUANDO?

Na maioria dos prontos-socorros públicos do Estado de São Paulo, a população é mal atendida e os médicos não têm condições de trabalho. Macas nos corredores, equipes médicas incompletas, falta de materiais básicos, dificuldade de transferir pacientes. Diante da agonia dos serviços de urgência e emergência, exigimos providências do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Conheça a situação dos prontos-socorros:
www.cremesp.org.br



CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Prontos-socorros públicos de São Paulo funcionam em condições precárias

Após fiscalização de 71 prontos-socorros (PSs), o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) constatou que a maioria desses serviços tem pacientes em macas nos corredores, não consegue transferir doentes, está com suas equipes médicas incompletas e boa parte não conta com chefia de plantão nem médico diarista. Além disso, faltam materiais e estrutura adequada nas salas de emergência, há deficiências na triagem e na classificação de risco na entrada de pacientes.

O Cremesp avaliou 71 serviços de urgência e emergência do Estado, de fevereiro a abril de 2013, incluindo os principais prontos-socorros com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Principais números do levantamento em 71 prontos-socorros (PSs)

- **57,7%** dos PSs têm macas com pacientes nos corredores
- **66,2%** dos PSs relatam dificuldade de encaminhar pacientes para outros serviços de referência
- **57,7%** dos serviços vistoriados estão com equipes médicas incompletas
- **28,2%** das salas de emergência estão inadequadas
- Em **59,2%** das salas de emergência falta algum tipo de material
- Em **46,5%** dos serviços não há chefia de plantão nem médico diarista
- Em **32,4%** dos PSs não é feita a triagem com classificação de risco
- Em **6,1%** dos PSs não existem UTIs, nem no local nem em outro serviço referenciado.

As conclusões do levantamento revelam falhas graves dos serviços de urgência e emergência, que colocam a população em risco e não oferecem aos médicos condições mínimas e adequadas de trabalho.

“Esse cenário é decorrente da falta de políticas públicas de saúde eficientes dos governos federal, estadual e municipal, do subfinanciamento do SUS e da escassez de recursos humanos, que está relacionada às condições precárias de trabalho e à ausência de plano de carreira de Estado”, afirma o presidente do Cremesp, Renato Azevedo Júnior.

“O levantamento identificou uma enorme deficiência nos serviços, gerando insatisfação no médico e desassistência ao paciente”, diz Ruy Tanigawa, coordenador do Departamento de Fiscalização do Cremesp.

“Os resultados serão agora encaminhados ao Ministério da Saúde, à Secretaria de Estado da Saúde e às secretarias municipais das cidades que fizeram parte da pesquisa”, diz Azevedo. “O Conselho cumpriu sua função de fiscalização, mostrando a realidade dos serviços. Cabe agora às autoridades competentes encontrar solução para os problemas que estamos apontando”, afirma.

Como foi feito o estudo

▲ O presente levantamento constitui um estudo descritivo, de corte transversal. Os serviços selecionados, que incluem os maiores prontos-socorros de São Paulo, foram avaliados no estado em que se encontravam no momento da vistoria.

▲ Dos 71 prontos-socorros vistoriados entre fevereiro e abril de 2013, 23 estão na Capital e 48 se encontram em 35 municípios do Interior, Litoral e Grande São Paulo (*Anexo, páginas 13 e 14*).

▲ Embora englobe quase 10% do total dos serviços de urgência e emergência no Estado, não é um levantamento com significância estatística em relação ao total dos prontos-socorros de São Paulo.

▲ As unidades foram selecionadas pelo seu porte e importância, por estarem localizadas em cidades onde existem delegacias do Cremesp e por serem motivo de denúncias e de inspeções requisitadas pelo próprio Conselho ou pelo Ministério Público em outras ocasiões. Desta forma, pode-se afirmar que os 71 serviços fiscalizados ilustram bem a situação dos prontos-socorros em todo o Estado.

▲ A unidade de pronto-socorro é entendida aqui como estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a pacientes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Para isso, funciona durante as 24 horas do dia e dispõe de leitos de observação.

▲ As informações foram colhidas com base em roteiro padronizado, desenvolvido pela equipe do Departamento de Fiscalização do Cremesp. Os roteiros foram construídos de modo a avaliar a conformidade dos serviços às normas técnicas vigentes, bem como a outras exigências éticas e legais.

▲ O roteiro da fiscalização foi elaborado a partir de portarias do Ministério da Saúde, que regulam os serviços de urgência e emergência, e com base na Resolução 1451, de 1995, do Conselho Federal de Medicina, que define os recursos humanos e estruturas necessárias para o setor (*Anexo, páginas 20 a 24*).

DUAS RESSALVAS IMPORTANTES:

▲ A lista de todos os serviços vistoriados e a relação daqueles que apresentam alguma irregularidade constam do anexo deste documento. As falhas foram identificadas no momento da inspeção. Portanto, já podem ter sido solucionadas – ou mesmo a situação pode ter se agravado – depois da fiscalização do Cremesp.

▲ O levantamento priorizou a avaliação das condições de trabalho dos médicos e de atendimento dos pacientes. O Cremesp se solidariza com o corpo clínico, médicos, diretores clínicos e técnicos e usuários dos serviços, ao mesmo tempo em que responsabiliza os gestores e secretarias de saúde pela situação encontrada.

Resultados do levantamento

Maior parte dos PSs vistoriados são públicos municipais

A fiscalização do Cremesp contemplou 71 serviços de pronto-socorro adulto, vinculados ao SUS, que operam anexos a hospitais (67 deles) ou de forma isolada (4 PSs) e que são administrados pelo Estado, municípios ou instituições filantrópicas, em gestão direta (80,3%) ou por meio de OSs – Organizações Sociais (19,7%).

Distribuição dos prontos-socorros vistoriados, segundo natureza do gestor responsável

| Natureza | Nº | % |
|--------------------|-----------|--------------|
| Público Municipal | 30 | 42,2 |
| Filantrópico | 22 | 31,0 |
| Público Estadual | 16 | 22,5 |
| Privado/contratado | 3 | 4,3 |
| Total | 71 | 100,0 |

Fonte: Cremesp/DEF

Do total de serviços inspecionados, 30 deles (42,2%) são públicos municipais, administrados por prefeituras; 22 (ou 31,0%) são filantrópicos, geralmente Santas Casas; 16 deles (ou 22,5%) são de natureza pública estadual, administrados pelo governo estadual; e três (4,3%) são serviços privados contratados, conveniados ao SUS. No conjunto, 57 deles (ou 80,3%) estão sob administração direta do município, Estado ou instituição filantrópica. Os outros 19,7% – 14 deles, no total – são geridos por Organizações Sociais (OSs), por meio de contrato de gestão do governo estadual ou municipal com a organização.

Distribuição dos prontos-socorros vistoriados, segundo a modalidade de gestão

| Modalidade de gestão | Nº | % |
|----------------------|-----------|--------------|
| Administração direta | 57 | 80,3 |
| Organizações Sociais | 14 | 19,7 |
| Total | 71 | 100,0 |

Fonte: Cremesp/DEF

Quase 60% dos prontos-socorros tem macas nos corredores

Nos 71 serviços vistoriados, foram encontrados pacientes em macas nos corredores em 57,7% deles. Em 27 outros, ou 38% das unidades vistoriadas, todos os pacientes aguardavam ou eram atendidos nas enfermarias de observação ou salas de atendimento de emergência. Em três unidades, não foi obtida essa informação.

Distribuição dos prontos-socorros vistoriados, segundo a presença de pacientes em macas

| Presença de macas nos corredores | Nº | % |
|----------------------------------|-----------|--------------|
| Sim | 41 | 57,7 |
| Não | 27 | 38,0 |
| Não informado | 3 | 4,3 |
| Total | 71 | 100,0 |

Fonte: Cremesp/DEF

NI - Não Informado

Macas nos corredores podem significar excesso de demanda para o serviço, equipe médica insuficiente, ausência de leitos, falta de UTIs, mas também represamento por conta de dificuldades no encaminhamento de pacientes para outros serviços.

O atendimento de pacientes em maca nos corredores tem sido um recurso adotado por muitos PSs de referência para garantir o atendimento de urgência, em lugar de recusar socorro. Desta maneira, a presença de macas nos corredores é um indicador da carência de vagas e da precariedade do sistema de encaminhamento como um todo. Em pelo menos dois PSs, foram observadas 60 ou mais macas com pacientes nos corredores.

Maioria dos PSs relata dificuldade em referenciar pacientes

Entre os 71 prontos-socorros vistoriados pelo Cremesp, 67,6% informaram dificuldades em referenciar pacientes para outros serviços, necessidade muito comum devido à gravidade do caso ou ausência de especialidades no local. Apenas 28,2% dos serviços visitados disseram não encontrar problemas em encaminhar doentes para níveis de maior complexidade.

Prontos-socorros com dificuldades no encaminhamento de pacientes para suas referências

| Dificuldades no encaminhamento | Nº | % |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Sim | 48 | 67,6 |
| Não | 20 | 28,2 |
| Não informado | 3 | 4,2 |
| Total | 71 | 100,0 |

Fonte: Cremesp/DEF

Práticas de referência e contrarreferência nos serviços de saúde visam hierarquizar os atendimentos nos níveis de baixa, média e alta complexidades. Para um adequado funcionamento, os serviços de urgência devem estar integrados a uma grade de referência e/ou a uma central de regulação, de modo a receber pacientes dentro de suas capacidades e a encaminhar outros quando não tiver condições de oferecer os cuidados necessários.

A dificuldade de uma efetiva transferência de pacientes para níveis de maior complexidade – como ocorre na maioria dos PSs fiscalizados – provoca excesso de demanda nas salas de urgência e no total de pacientes em observação, levando a um grande número de macas nos corredores.

Mais da metade das unidades está com equipe médica incompleta

Situação das equipes médicas

| Equipes médicas completas | Nº | % |
|---------------------------|-----------|--------------|
| Não | 41 | 57,7 |
| Sim | 30 | 42,3 |
| Total | 71 | 100,0 |

Fonte: Cremesp/DEF

Dos 71 prontos-socorros inspecionados, 41 estavam com a equipe médica de plantão incompleta, o equivalente a 57,7%. Outros 42,3%, ou 30 unidades do total, tinham o plantão preenchido nas 24 horas.

Resolução CFM nº 1451, de 1995, estabelece que a equipe mínima de um pronto-socorro deve contar com profissionais das áreas de Anestesiologia, Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral e Ortopedia. A presença da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia também foi considerada nessa pesquisa. Vale lembrar que, além da equipe mínima estabelecida por resolução, o plantão de cada PS é definido pelo órgão gestor, de acordo com seu porte e características, como demanda, área de abrangência e especialidades de referência.

A ausência de profissionais não se refere a eventuais faltas no dia da vistoria, mas sim ao quadro de médicos – preenchido ou não – do plantão em questão.

Quase todos os diretores ouvidos atribuíram a falta de profissionais a dificuldades de contratação. Entre elas, a mais citada foi o “nível salarial não atrativo”, observado por 74,5% dos diretores de unidade, seguido pelo excesso de demanda (citado por 46,2%), pela equipe médica insuficiente (29,4%), além de “dificuldade de acesso” (13,6%) e “local inseguro” (11,5%).

Quase metade das unidades não tem chefia de plantão nem médico diarista

Atividades rotinas nos prontos-socorros

| Atividades rotinas | Classificação de risco | | Escala de plantão afixada | | Chefe de plantão | | Passagem de plantão | | Presença de médico diarista | |
|--------------------|------------------------|--------------|---------------------------|--------------|------------------|--------------|---------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Não | 23 | 32,4 | 22 | 31,0 | 33 | 46,5 | 18 | 25,4 | 33 | 46,5 |
| Sim | 47 | 66,2 | 47 | 66,2 | 36 | 50,7 | 52 | 73,2 | 36 | 50,7 |
| NI | 1 | 1,4 | 2 | 2,8 | 2 | 2,8 | 1 | 1,4 | 2 | 2,8 |
| Total | 71 | 100,0 | 71 | 100,0 | 71 | 100,0 | 71 | 100,0 | 71 | 100,0 |

Fonte: Cremesp/DEF

Cinco rotinas institucionais foram selecionadas entre as práticas consideradas de grande importância para a capacidade de resolução dos serviços de urgência. Duas delas, a chefia de plantão e a presença médicos diaristas, não foram encontradas em 46,5% dos serviços vistoriados, o equivalente a 33 deles. A classificação de risco, a escala de plantão afixada e a passagem de plantão não foram observadas em pelo menos um quarto dos serviços.

A ausência de uma chefia no plantão desorganiza o serviço e sobrecarrega a equipe. Assim, também a ausência do médico diarista prejudica o acompanhamento do paciente que permanece mais tempo no PS por excesso de demanda, falta de leitos na internação ou dificuldades em encaminhá-los para outras unidades. Nesse caso, a presença do médico diarista é fundamental para que os pacientes tenham um acompanhamento horizontal, que não seja interrompido com a troca de plantão.

A passagem de plantão, por sua vez, é importante para a troca de informações entre as equipes sobre os pacientes que permanecem em regime de observação. A afixação da escala de plantão em lugar visível permite que tanto a equipe profissional quanto os pacientes e familiares saibam quem deve estar atuando naquele momento.

Os protocolos de acolhimento e de triagem com classificação de risco (prática não adotada em 23 dos PSs, ou 32,4% deles) buscam direcionar de maneira racional e humanitária a demanda da porta de entrada. Pacientes são classificados segundo o grau de sofrimento, de gravidade e risco de morte, priorizando aqueles que necessitam de atendimento imediato.

A adoção de protocolos de classificação de risco é prevista na Portaria 2.395/2011, do Ministério da Saúde (*Anexo, página 21*).

Em quase 60% dos PSs falta material de uso permanente

Disponibilidade dos diversos tipos de materiais e equipamentos especificados nas salas de urgência e emergência

| Tipo de material/equipamento | Possui todos | % | Não possui todos | % | Total |
|------------------------------|--------------|------|------------------|------|-------|
| Material permanente crítico | 29 | 40,8 | 42 | 59,2 | 71 |
| Material renovável | 48 | 67,6 | 23 | 32,4 | 71 |
| Material de consumo | 66 | 93,0 | 5 | 7,0 | 71 |

Fonte: Cremesp/DEF

Em 59,2% dos serviços vistoriados, faltava pelo menos um item da lista de 28 materiais de uso permanente crítico checados. Entre os itens em falta, os mais frequentes eram: foco cirúrgico com bateria, aspirador elétrico, marca-passo externo, oftalmoscópio e jogos de pinça para retirada de corpo estranho. A relação de seis materiais renováveis considerados essenciais estava incompleta em 32,4% das unidades fiscalizadas. Entre os materiais em falta nesses serviços estavam conjuntos de colares cervicais e pranchas longas para imobilização da vítima em caso de trauma. Os 13 itens prioritários de material de consumo foram encontrados em 93% dos prontos-socorros.

Faltam UTIs e salas de emergência adequadas

A grande maioria dos prontos-socorros fiscalizados – mais de 89% deles – tem serviços de apoio diagnóstico, de radioimagem e terapêutica disponíveis na própria unidade. Entre 4% e 10% dispõe desses serviços fora do local do PS, mas 4,1% não contam com Centro Cirúrgico e 6,1% com UTI, nem dentro nem fora do serviço, o que compromete a função do serviço como urgência.

Dos 71 prontos-socorros inspecionados, 28,2% não apresentavam sala de emergência em condições adequadas. A sala de emergência é o principal e primeiro espaço de cuidados nas urgências e emergências, e a evolução do estado do paciente depende muito desse atendimento inicial em local adequado.

Para que a sala de emergência seja adequada tem de apresentar entrada independente, além de dispor de materiais, equipamentos e insumos previstos em legislação, sobretudo na Portaria 2048, de 5 de novembro de 2002 (*Anexo, página 22*).

Maioria dos médicos não está satisfeita com o local de trabalho

A maioria dos médicos que atende nos prontos-socorros (65%) vistoriados pelo Cremesp não está satisfeita com a unidade onde trabalha. Entre eles, 63,9% são homens. Cerca de 35% têm 45 anos ou mais de idade. No universo analisado, 44,8% estão no local há menos de três anos. Cerca de 70% deles têm dois ou três empregos e um quinto do grupo faz mais de 48 horas semanais de plantão. Mais de 40% não fizeram curso de capacitação em urgência e emergência nos últimos dois anos.

Inversão de prioridades

Em cada unidade, os profissionais que estavam em serviço no momento da visita foram convidados a responder um questionário de Avaliação da Condição do Médico. O preenchimento era voluntário e anônimo. No total, 109 entrevistas foram realizadas.


“Constatamos o que a população e os médicos vivem na pele. Os prontos-socorros agonizam, os médicos estão insatisfeitos e os usuários têm sua saúde e vida ameaçadas. Com uma atenção primária insuficiente para atender às demandas, mais pacientes procuram os prontos-socorros que, por sua vez precisariam de equipes mais bem preparadas e equipadas para atender principalmente à grande demanda de causas externas, de acidentes de trânsito e violências, que só cresce no Estado de São Paulo”, diz Renato Azevedo Júnior, presidente do Cremesp. “Trata-se de uma inversão de prioridades. Quando não se investe na atenção primária, nas UBSs e no programa Saúde da Família; e enquanto permanece o gargalo da falta de retaguarda dos atendimentos especializados, sobrecarrega-se o serviço de urgência e emergência. É para lá que a população vai correr, porque sabe que, mesmo em condições precárias, pode encontrar algum atendimento resolutivo”, finaliza Azevedo.

PRONTOS-SOCORROS EM AGONIA

ATÉ QUANDO?

Na maioria dos prontos-socorros públicos do Estado de São Paulo, a população é mal atendida e os médicos não têm condições de trabalho. Macas nos corredores, equipes médicas incompletas, falta de materiais básicos, dificuldade de transferir pacientes. Diante da agonia dos serviços de urgência e emergência, exigimos providências do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Conheça a situação dos prontos-socorros:
www.cremesp.org.br

 **CREMESP**

Campanha

Diante da situação encontrada, o Cremesp lançou a campanha “Prontos-socorros em agonia. Até quando?”.

Em anúncios veiculados nos principais jornais, sites e meios de comunicação, o Cremesp denuncia que, “na maioria dos prontos-socorros públicos do Estado de São Paulo, a população é mal atendida e os médicos não têm condições de trabalho”.

Resultado da fiscalização do Cremesp, a campanha ressalta a realidade dos serviços de urgência: “macas nos corredores, equipes médicas incompletas, falta de materiais básicos e dificuldade de transferir pacientes”.

Por fim, diante da agonia dos prontos-socorros, que colocam em risco a saúde e a vida da população, a campanha do Cremesp “exige providências do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde”.

Cremesp – 04 de junho de 2013

Mais informações:

Assessoria de Imprensa do Cremesp

(11) 3123-8703 ou 3017-9364

ANEXO I

TODOS OS SERVIÇOS FISCALIZADOS

Relação dos 71 serviços vistoriados, por ordem alfabética das cidades onde se encontram. Na frente de cada pronto-socorro está indicada a natureza do gestor responsável, se pública, privada contratada ou filantrópica. Também estão assinalados aqueles PSs administrados por Organizações Sociais (OS).

| Hospital | Cidade | Natureza |
|---|---------------------|------------------------|
| Hospital Municipal Waldemar Tebaldi | Americana | Pública municipal |
| Santa Casa de Araçatuba | Araçatuba | Filantrópica |
| Santa Casa de Araraquara | Araraquara | Filantrópica |
| Pronto Socorro Municipal | Assis | Pública Municipal |
| Santa Casa de Barretos | Barretos | Filantrópica |
| Hospital Estadual de Bauru | Bauru | Pública estadual (OS) |
| Pronto Socorro Municipal Central de Bauru | Bauru | Pública municipal |
| Hospital de Clínicas de Botucatu | Botucatu | Pública estadual |
| Hospital Universitário São Francisco | Bragança Paulista | Filantrópica |
| Santa Casa de Bragança Paulista | Bragança Paulista | Filantrópica |
| Hospital de Clínicas da Unicamp | Campinas | Pública estadual |
| Hospital Municipal Mario Gatti | Campinas | Pública municipal |
| Hospital PUC Campinas | Campinas | Privada contratada |
| Santa Casa de Franca | Franca | Filantrópica |
| Hospital Santo Amaro | Guarujá | Filantrópica |
| Complexo Hospitalar Padre Bento | Guarulhos | Pública estadual |
| Hospital Municipal de Urgências | Guarulhos | Pública municipal |
| Pronto Socorro Municipal de Itanhaém | Itanhaém | Pública municipal |
| Santa Casa de Jaú | Jaú | Filantrópica |
| Hospital São Vicente de Paulo | Jundiaí | Filantrópica |
| Santa Casa de Limeira | Limeira | Filantrópica |
| Hospital de Clínicas de Marília | Marília | Pública estadual |
| Santa Casa de Marília | Marília | Filantrópica |
| Hospital de Clínicas Radamés Nardini | Mauá | Pública municipal (OS) |
| Santa Casa de Mauá | Mauá | Filantrópica |
| Santa Casa de Mogi das Cruzes | Mogi das Cruzes | Filantrópica |
| Hospital Municipal Antonio Giglio | Osasco | Pública municipal |
| Hospital Regional de Osasco | Osasco | Pública estadual |
| Hospital Regional do Vale do Ribeira | Pariquera Açu | Pública estadual |
| Santa Casa de Piracicaba | Piracicaba | Filantrópica |
| Hospital Municipal Irmã Dulce | Praia Grande | Pública municipal (OS) |
| Hospital Regional de Presidente Prudente | Presidente Prudente | Pública estadual (OS) |
| Santa Casa de Presidente Prudente | Presidente Prudente | Filantrópica |

| Hospital | Cidade | Natureza |
|---|-----------------------|------------------------|
| Hospital São João | Registro | Privada contratada |
| Fundação Hospitalar Santa Lydia | Ribeirão Preto | Privada contratada |
| Santa Casa de Ribeirão Preto | Ribeirão Preto | Filantrópica |
| Centro Hospitalar Municipal de Santo André | Santo André | Pública municipal |
| Hospital Guilherme Álvaro | Santos | Pública estadual |
| Santa Casa de Santos | Santos | Filantrópica |
| PS Municipal de São Bernardo do Campo | São Bernardo do Campo | Pública municipal (OS) |
| Hospital Escola Municipal Horácio Carlos Panepucci | São Carlos | Pública municipal (OS) |
| Santa Casa de São Carlos | São Carlos | Filantrópica |
| Hospital Municipal de São José dos Campos | São José dos Campos | Pública municipal (OS) |
| Santa Casa de S. José do Rio Preto | São José do Rio Preto | Filantrópica |
| Casa de Saúde Santa Marcelina | São Paulo | Filantrópica |
| Conjunto Hospitalar do Mandaqui | São Paulo | Pública estadual |
| Hospital Arthur Ribeiro de Saboya - Jabaquara | São Paulo | Pública municipal |
| Hospital Alexandre Zaio - Vila Nhocuné | São Paulo | Pública municipal |
| Hospital Alípio Corrêa Neto - Ermelino Matarazzo | São Paulo | Pública municipal |
| Hospital Benedito Montenegro - Jardim Iva | São Paulo | Pública municipal (OS) |
| Hospital Cármio Caricchio - Tatuapé | São Paulo | Pública municipal |
| Hospital Fernando Pires da Rocha - Campo Limpo | São Paulo | Pública municipal |
| Hospital Geral do Grajaú | São Paulo | Pública estadual (OS) |
| Hospital Geral Manoel Bifulco - São Mateus | São Paulo | Pública municipal |
| Hospital Geral de Pedreira | São Paulo | Pública estadual (OS) |
| Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha | São Paulo | Pública estadual |
| Hospital Heliópolis | São Paulo | Pública estadual |
| Hospital Ignácio Proença de Gouveia - João XXIII | São Paulo | Pública municipal |
| Hospital Infantil Menino de Jesus | São Paulo | Pública municipal (OS) |
| Hospital José Soares Hungria - Pirituba | São Paulo | Pública municipal |
| Hospital Geral Santa Marcelina - Itaim Paulista | São Paulo | Pública estadual (OS) |
| Hospital Vereador José Storopoli - Vila Maria | São Paulo | Pública municipal (OS) |
| Hospital do Servidor Público Municipal | São Paulo | Pública municipal |
| Hospital Tide Setubal - São Miguel | São Paulo | Pública municipal |
| Hospital Professor Waldomiro de Paula - Itaquera | São Paulo | Pública municipal |
| Pronto Socorro Municipal Balneário São José | São Paulo | Pública municipal |
| Santa Casa de Santo Amaro | São Paulo | Filantrópica |
| Crei – Centro de Referência e Emergência de São Vicente | São Vicente | Pública municipal |
| Conjunto Hospitalar de Sorocaba | Sorocaba | Pública estadual |
| Santa Casa de Sorocaba | Sorocaba | Filantrópica |
| Hospital Regional do Vale do Paraíba | Taubaté | Pública estadual (OS) |

LOTAÇÃO (MACAS NOS CORREDORES)

Em 41 serviços havia macas com pacientes nos corredores

Hospital Municipal Waldemar Tebaldi, Pronto Socorro Municipal de Assis, Santa Casa de Barretos, Pronto Socorro Municipal Central de Bauru, Hospital de Clínicas de Botucatu, Hospital Universitário São Francisco, Hospital de Clínicas da Unicamp, Hospital Municipal Mario Gatti, Hospital PUC Campinas, Hospital Municipal de Urgências de Guarulhos, Pronto Socorro Municipal de Itanhaém, Santa Casa de Jaú, Hospital São Vicente de Paulo, Hospital de Clínicas de Marília, Hospital de Clínicas Radamés Nardini, Santa Casa de Mogi das Cruzes, Hospital Regional de Osasco, Hospital Municipal Irmã Dulce, Hospital Regional de Presidente Prudente, Santa Casa de Presidente Prudente, Santa Casa de Ribeirão Preto, Hospital Guilherme Álvaro, Hospital Municipal de São José dos Campos, Casa de Saúde Santa Marcelina, Conjunto Hospitalar do Mandaqui, Hospital Arthur Ribeiro de Saboya (Jabaquara), Hospital Alexandre Zaio (Vila Nhocuné), Hospital Alípio Corrêa Neto (Ermelino Matarazzo), Hospital Benedito Montenegro (Jardim Iva), Hospital Geral do Grajaú, Hospital Geral Dr. Manoel Bifulco (São Mateus), Hospital Geral de Pedreira, Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha, Hospital Heliópolis, Hospital Ignácio Proença de Gouveia (João XXIII), Hospital José Soares Hungria (Pirituba), Hospital Santa Marcelina (Itaim Paulista), Hospital Vereador José Storopoli (Vila Maria), Hospital do Servidor Público Municipal, Hospital Professor Waldomiro de Paula (Itaquera) e Crei – Centro de Referência e Emergência de São Vicente.

REFERENCIAMENTO

Um total de 48 serviços relataram dificuldade em encaminhar pacientes para outros serviços

Santa Casa de Araçatuba, Santa Casa de Araraquara, Santa Casa de Barretos, Hospital Estadual de Bauru, Pronto Socorro Municipal Central de Bauru, Hospital de Clínicas de Botucatu, Hospital Universitário São Francisco, Santa Casa de Bragança Paulista, Hospital de Clínicas da Unicamp, Hospital Municipal Mario Gatti, Hospital PUC Campinas, Hospital Santo Amaro, Complexo Hospitalar Padre Bento, Hospital Municipal de Urgências de Guarulhos, Pronto Socorro Municipal de Itanhaém, Santa Casa de Jaú, Hospital de Clínicas de Marília, Hospital de Clínicas Radamés Nardini, Santa Casa de Mauá, Santa Casa de Mogi das Cruzes, Hospital Municipal Antonio Giglio, Hospital Regional de Osasco, Hospital Regional do Vale do Ribeira, Hospital Municipal Irmã Dulce, Hospital Regional de Presidente Prudente, Santa Casa de Presidente Prudente, Hospital São João, Fundação Hospitalar Santa Lydia, Santa Casa de Ribeirão Preto, Centro Hospitalar Municipal de Santo André, PS Municipal de São Bernardo do Campo, Hospital Escola Municipal Horácio Carlos Panepucci, Santa Casa de São Carlos, Conjunto Hospitalar do Mandaqui, Hospital Alexandre Zaio (Vila Nhocuné), Hospital Cármino Caricchio (Tatuapé), Hospital Fernando Pires da Rocha (Campo Limpo), Hospital Geral do Grajaú, Hospital Geral Manoel Bifulco (São Mateus), Hospital Geral de Pedreira, Hospital Heliópolis, Hospital Vereador José Storopoli (Vila Maria), Hospital do Servidor Público Municipal, Hospital Tide Setubal (São Miguel), Hospital Professor Waldomiro de Paula (Itaquera), Santa Casa de Santo Amaro, Crei – Centro de Referência e Emergência de São Vicente e Santa Casa de Sorocaba.

EQUIPE MÉDICA INCOMPLETA

41 serviços estavam com equipe médica incompleta

Santa Casa de Araçatuba, Pronto Socorro Municipal de Assis, Hospital Estadual de Bauru, Hospital Municipal Mario Gatti, Hospital da PUC de Campinas, Complexo Hospitalar Padre Bento, Hospital Municipal de Urgências de Guarulhos, Pronto Socorro Municipal de Itanhaém, Hospital São Vicente de Paulo, Hospital de Clínicas Radamés Nardini, Santa Casa de Mogi das Cruzes, Hospital Municipal Antonio Giglio, Hospital Regional de Osasco, Santa Casa de Piracicaba, Santa Casa de Presidente Prudente, Centro Hospitalar Municipal de Santo André, Hospital Guilherme Álvaro, PS Municipal de São Bernardo do Campo, Santa Casa de São Carlos, Casa de Saúde Santa Marcelina, Conjunto Hospitalar do Mandaqui, Hospital Arthur Ribeiro de Saboya (Jabaquara), Hospital Alexandre Zaio (Vila Nhocuné), Hospital Alípio Corrêa Neto (Ermelino Matarazzo), Hospital Benedito Montenegro (Jardim Iva), Hospital Cármino Caricchio (Tatuapé), Hospital Fernando Pires da Rocha (Campo Limpo), Hospital Geral São Mateus, Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha, Hospital Heliópolis, Hospital Ignácio Proença de Gouveia (João XXIII), Hospital José Soares Hungria (Pirituba), Hospital Vereador José Storopoli (Vila Maria), Hospital do Servidor Público Municipal, Hospital Santa Marcelina (Itaim Paulista), Hospital Tide Setubal (São Miguel), Hospital Professor Waldomiro de Paula (Itaquera), Pronto Socorro Municipal Balneário São José, Crei – Centro de Referência e Emergência de São Vicente, Conjunto Hospitalar de Sorocaba e Hospital Regional do Vale do Ribeira.

CHEFIA DE PLANTÃO

33 serviços não contavam com chefia de plantão

Santa Casa de Araçatuba, Santa Casa de Araraquara, Pronto Socorro Municipal de Assis, Santa Casa de Barretos, Pronto Socorro Municipal Central de Bauru, Hospital Estadual de Bauru, Hospital de Clínicas de Botucatu, Santa Casa de Franca, Hospital Santo Amaro, Pronto Socorro Municipal de Itanhaém, Santa Casa de Jaú, Hospital São Vicente de Paulo, Hospital de Clínicas de Marília, Santa Casa de Marília, Hospital de Clínicas Radamés Nardini, Hospital Regional do Vale do Ribeira, Hospital Regional de Presidente Prudente, Santa Casa de Presidente Prudente, Hospital São João, Fundação Hospitalar Santa Lydia, Santa Casa de Ribeirão Preto, PS Municipal de São Bernardo do Campo, Hospital Escola Municipal Horácio Carlos Panepucci, Santa Casa de São Carlos, Santa Casa de S. José do Rio Preto, Casa de Saúde Santa Marcelina, Hospital Benedito Montenegro (Jardim Iva), Hospital Santa Marcelina (Itaim Paulista), Hospital Vereador José Storopoli (Vila Maria), Pronto Socorro Municipal Balneário São José, Crei – Centro de Referência e Emergência de São Vicente, Conjunto Hospitalar de Sorocaba e Hospital Regional do Vale do Paraíba.

MÉDICO DIARISTA

Em 33 serviços não foram encontrados médicos diaristas

Santa Casa de Araçatuba, Santa Casa de Araraquara, Pronto Socorro Municipal de Assis, Santa Casa de Barretos, PS Municipal Central de Bauru, Santa Casa de Bragança Paulista, Santa Casa de Franca, Hospital Santo Amaro, Complexo Hospitalar Padre Bento, Santa Casa de Jaú, Santa Casa de Marília, Santa Casa de Mogi das Cruzes, Hospital Regional do Vale do Ribeira, Santa Casa de Piracicaba, Santa Casa de Presidente Prudente, Hospital São João, Fundação Hospitalar Santa Lydia, Santa Casa de Ribeirão Preto, Centro Hospitalar Municipal Santo André, Santa Casa de Santos, Hospital Escola Municipal Horácio Carlos Panepucci, Santa Casa de São Carlos, Hospital Municipal São José dos Campos, Santa Casa de S. José do Rio Preto, Hospital Alexandre Zaio – Vila Nhocuné, Hospital Benedito Monte Negro, Hospital Geral do Grajaú, Hospital Heliópolis, Hospital Santa Marcelina (Itaim Paulista), Hospital Vereador José Storopoli (Vila Maria), Santa Casa de Santo Amaro, Conjunto Hospitalar de Sorocaba e Hospital Regional do Vale do Paraíba.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Em 23 serviços não havia triagem com classificação de risco

Santa Casa de Araçatuba, Santa Casa de Araraquara, Pronto Socorro Municipal de Assis, Hospital Universitário São Francisco, Santa Casa de Franca, Santa Casa de Marília, Santa Casa de Mauá, Santa Casa de Mogi das Cruzes, Hospital Municipal Antônio Giglio, Santa Casa de Presidente Prudente, Santa Casa de Ribeirão Preto, Hospital Escola Municipal Horácio Carlos Panepucci, Santa Casa de São Carlos, Santa Casa de S. José do Rio Preto, Hospital Alexandre Zaio (Vila Nhocuné), Hospital Fernando Mauro Pires da Rocha (Campo Limpo), Hospital Heliópolis, Hospital Waldomiro de Paula (Itaquera), Hospital do Servidor Público Municipal, Pronto Socorro Municipal Balneário São José, Santa Casa de Santo Amaro, Crei – Centro de Referência e Emergência de São Vicente e Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

MATERIAL PERMANENTE

Em 42 PSs faltava pelo menos um material classificado como permanente crítico

Santa Casa de Araçatuba, Santa Casa de Araraquara, Pronto Socorro Municipal Central de Bauru, Santa Casa de Bragança Paulista, Santa Casa de Franca, Hospital Santo Amaro, Complexo Hospitalar Padre Bento, Hospital Municipal de Urgências de Guarulhos, Pronto Socorro Municipal de Itanhaém, Santa Casa de Jaú, Santa Casa de Limeira, Santa Casa de Marília, Hospital de Clínicas Radamés Nardini, Santa Casa de Mauá, Santa Casa de Mogi das Cruzes, Hospital Municipal Antonio Giglio, Hospital Regional de Osasco, Hospital Regional do Vale do Ribeira, Santa Casa de Piracicaba, Hospital Municipal Irmã Dulce, Hospital São João, Fundação Hospitalar Santa Lydia, Santa Casa de Ribeirão Preto, Centro Hospitalar Municipal de Santo André, Hospital Guilherme Álvaro, Santa Casa de Santos, PS Municipal de São Bernardo do Campo, Hospital Escola Municipal Horácio Carlos Panepucci, Santa Casa de São Carlos, Santa Casa de S. José do Rio Preto, Conjunto Hospitalar do Mandaqui, Hospital Alexandre Zaio (Vila Nhocuné), Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha, Hospital Heliópolis, Hospital Infantil Menino de Jesus, Hospital Santa Marcelina (Itaim Paulista), Hospital Professor Waldomiro de Paula (Itaquera), Santa Casa de Santo Amaro, Crei – Centro de Referência e Emergência de São Vicente, Conjunto Hospitalar de Sorocaba, Santa Casa de Sorocaba e Hospital Regional do Vale do Paraíba.

FALTA DE UTI

Em três serviços não havia UTI no local, nem referenciada

Pronto Socorro Municipal de Itanhaém, Hospital São João e Hospital Escola Municipal Horácio Carlos Panepucci.

SALA DE EMERGÊNCIA INADEQUADA

Em 20 dos serviços, as salas de emergência estavam inadequadas

Hospital Municipal Waldemar Tebaldi, Santa Casa de Araçatuba, Pronto Socorro Municipal de Assis, Santa Casa de Franca, Santa Casa de Jaú, Hospital de Clínicas Radamés Nardini, Santa Casa de Mauá, Hospital Regional de Osasco, Santa Casa de Presidente Prudente, Fundação Hospitalar Santa Lydia, Santa Casa de Ribeirão Preto, Santa Casa de Santos, Santa Casa de São Carlos, Hospital Municipal de São José dos Campos, Casa de Saúde Santa Marcelina, Hospital Alexandre Zaio (Vila Nhocuné), Hospital Geral de Pedreira, Hospital Infantil Menino de Jesus, Hospital Professor Waldomiro de Paula (Itaquera) e Santa Casa de Sorocaba.

ANEXO II - Legislação

Resolução do Conselho Federal de Medicina

Resolução CFM Nº 1451/1995

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

CONSIDERANDO 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 Código de Ética Médica estabelece os princípios norteadores da boa prática médica;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina constataram condições estruturais, materiais e humanas inadequadas ao atendimento à população nos serviços de Prontos Socorros;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer as normas mínimas para funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto Socorro;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 10 de março de 1995,

RESOLVE:

Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

Artigo 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.

Artigo 3º - A sala de emergência deverá, obrigatoriamente, estar equipada com:

- Material para reanimação e manutenção cardio-respiratória;
- Material para oxigenação e aspiração;
- Material para procedimentos de urgência.

Artigo 4º - Os recursos técnicos mínimos disponíveis, em funcionamento ininterrupto, para o Pronto Socorro, deverão ser:

- Radiologia;
- Laboratório de análises clínicas;
- Centro cirúrgico;
- Unidade de terapia intensiva;
- Unidade transfusional;
- Farmácia básica para urgência;
- Unidade de transporte equipado.

Artigo 5º - O estabelecimento de Pronto Socorro deverá permanecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto;

Artigo 6º - Os diferentes portes de Prontos Socorros de maior complexidade deverão ser definidos em cada Estado pelos Conselhos Regionais de Medicina, de acordo com as realidades regionais e as necessidades de atendimento à população;

Artigo 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

(Publicada no D.O.U. de 17.03.95 - Seção I - Página 3666.

Triagem e Classificação de Risco

A Portaria n 2.395, de 11 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde “Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. O Art. 10 define que “As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão consideradas qualificadas ao se adequarem aos seguintes critérios”:

I - estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e de procedimentos administrativos no hospital;

II - implantação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato;

Regulamento Técnico

Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde;

Considerando o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população;

Considerando as ações já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que, em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, tem realizado grandes esforços no sentido de implantar um processo de aperfeiçoamento do atendimento às urgências e emergências no País, tanto pela criação de mecanismos para a implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências como pela realização de investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação, na capacitação de recursos humanos, na edição de normas específicas para a área e na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência;

Considerando a necessidade de aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aperfeiçoar as normas já existentes e ampliar o seu escopo e ainda a necessidade de melhor definir uma ampla política nacional para esta área, com a organização de sistemas regionalizados, com referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutiva e responsabilização sanitária, universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do Sistema de acordo com as diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde e a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002;

Considerando a grande extensão territorial do País, que impõe distâncias significativas entre municípios de pequeno e médio porte e seus respectivos municípios de referência para a atenção hospitalar especializada e de alta complexidade, necessitando, portanto, de serviços intermediários em complexidade, capazes de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não-graves;

Considerando a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, 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;

Considerando a expansão de serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar e a necessidade de integrar estes serviços à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e presença de equipe de saúde qualificada para as especificidades deste atendimento e a obrigatoriedade da presença do médico nos casos que necessitem suporte avançado à vida, e

Considerando a necessidade de estimular a criação de estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção e ainda de propor currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, em face dos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país e que não garantem a qualidade do aprendizado, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

§ 1º O Regulamento ora aprovado estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento

de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar 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;

§ 2º 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.

Art. 2º Determinar às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUUS 01/2002, a adoção das providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, à organização das redes assistenciais deles integrantes e à organização/habilitação e cadastramento dos serviços, em todas as modalidades assistenciais, que integram estas redes, tudo em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria, bem como a designação, em cada estado, do respectivo Coordenador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Serviços, em todas as modalidades assistenciais, de maneira a constituir o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências conforme estabelecido no Capítulo I do Regulamento Técnico desta Portaria e adotar as providências necessárias à organização/habilitação e cadastramento dos serviços que integrarão o Sistema Estadual de Urgência e Emergência;

§ 2º A abertura de qualquer Serviço de Atendimento às Urgências e Emergências deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

§ 3º Uma vez concluída a fase de Planejamento/Distribuição de Serviços conforme estabelecido no § 1º, confirmada a necessidade do cadastramento e conduzido o processo de seleção de prestadores de serviço pelo Gestor do SUS, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.

§ 4º O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

a - Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas no Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria.

b - Relatório de Vistoria – a vistoria deverá ser realizada “in loco” pela Secretaria de Saúde responsável pela formalização do Processo de Cadastramento que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas nesta Portaria;

c - Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao cadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde de município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do Centro à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes.

§ 5º Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento pelo(s) Gestor(es) do SUS e se o mesmo for favorável, o Processo deverá ser encaminhado da seguinte forma:

a - Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar, Pré-Hospitalar Móvel, e Hospitalar de Unidades Gerais de Tipo I ou II – o cadastramento deve ser efetivado pelo próprio gestor do SUS;

b - Unidades de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I,

II ou III – remeter o processo para análise ao Ministério da Saúde/SAS, que o avaliará e, uma vez aprovado o cadastramento, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua publicação.

Art. 3º Alterar o Artigo 2º da Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, que estabelece os critérios para a classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergência, que passa a ter a redação dada pelo contido no Capítulo V do Regulamento Técnico constante do Anexo desta Portaria no que diz respeito às Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II e III.

§ 1º Ficam mantidos todos os demais Artigos e parágrafos da Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999;

§ 2º Ficam convalidados todos os atos que tenham sido praticados até a presente data relacionados com a classificação, cadastramento e inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, com base no estabelecido na Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999;

§ 3º A partir da publicação da presente Portaria, a classificação, cadastramento e inclusão de novas Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II ou III deverá se dar em cumprimento ao estabelecido no Capítulo V do Regulamento Técnico ora aprovado e no Artigo 2º desta Portaria.

Art. 4º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde, dentro de seus respectivos limites de competência, a adoção das providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no texto ora aprovado.

Art. 5º Estabelecer o prazo de 2 (dois) anos para a adaptação dos serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento, em todas as modalidades assistenciais, às normas e critérios estabelecidos pelo Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, devem, dentro do prazo estabelecido, adotar as providências necessárias para dar pleno cumprimento ao disposto nesta Portaria e classificar, habilitar e cadastrar os serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento;

§ 2º Para a classificação, habilitação e cadastramento de novos serviços de atendimento às urgências e emergências, em qualquer modalidade assistencial, esta Portaria tem efeitos a contar de sua publicação.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria GM/MS nº 814, de 01 de junho de 2001.