RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 370, DE 25 DE AGOSTO DE 2026

(Publicada no D.O.U. de 11/09/2026, Seção 1, p. 254)

Estabelece parâmetros de segurança para o atendimento médico de pacientes em unidades de pronto atendimento e demais serviços de urgência e emergência e vincula o dimensionamento médico ao cumprimento dos tempos-alvo dos protocolos de triagem e classificação de risco.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004,

RESOLVE:

CAPÍTULO I
DO OBJETO E DO ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Art. 1° Esta Resolução estabelece parâmetros de segurança para o atendimento médico de pacientes em Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Parágrafo único. Os parâmetros fixados nesta Resolução têm por finalidade assegurar que todo paciente que procure serviço de urgência e emergência seja avaliado por médico dentro dos tempos-alvo definidos pelo protocolo de triagem e classificação de risco adotado pelo serviço, como condição de segurança assistencial.

CAPÍTULO II
DO PROTOCOLO DE TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Art. 2° Todo serviço de urgência e emergência deverá adotar, formalmente e por escrito, protocolo de triagem e classificação de risco cientificamente validado.

§ 1° Consideram-se validados, entre outros, o Sistema de Triagem de Manchester (STM), o *Emergency Severity Index* (ESI), a *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS) e a *Australasian Triage Scale* (ATS), admitindo-se protocolo institucional desde que fundamentado em evidência científica e aprovado pelo corpo clínico do serviço.

§ 2° O Sistema de Triagem de Manchester constitui o protocolo de referência desta Resolução, adotando-se como parâmetro padrão as suas categorias e os respectivos tempos-alvo máximos para o primeiro atendimento médico: emergência (vermelho) – atendimento imediato; muito urgente

(laranja) – até 10 (dez) minutos; urgente (amarelo) – até 60 (sessenta) minutos; pouco urgente (verde) – até 120 (cento e vinte) minutos; e não urgente (azul) – até 240 (duzentos e quarenta) minutos.

§ 3° O serviço que adotar protocolo diverso do referido no § 2° deverá estabelecer, de forma expressa, as categorias de risco e os respectivos tempos-alvo máximos para o primeiro atendimento médico de cada categoria.

§ 4° Na ausência de definição expressa dos tempos-alvo pelo protocolo adotado, aplicam-se subsidiariamente, por equivalência de categorias, os tempos-alvo do Sistema de Triagem de Manchester, previstos no § 2°.

§ 5° A classificação de risco é ato dinâmico, devendo o paciente ser reavaliado e, se necessário, reclassificado sempre que houver alteração de seu quadro clínico ou ultrapassagem do tempo-alvo de sua categoria.

§ 6° A classificação de risco não substitui a avaliação médica e não poderá postergar indevidamente o atendimento de paciente que procure o serviço.

CAPÍTULO III
DO DIMENSIONAMENTO MÉDICO VINCULADO AO PROTOCOLO

Art. 3° O cumprimento dos tempos-alvo do protocolo de triagem e classificação de risco constitui o parâmetro objetivo de adequação do dimensionamento médico do serviço de urgência e emergência.

§ 1° O dimensionamento médico será considerado adequado quando os tempos-alvo forem cumpridos em, no mínimo, 90% (noventa por cento) dos atendimentos de cada categoria de risco, aferidos mensalmente.

§ 2° O descumprimento dos tempos-alvo abaixo do índice previsto no § 1° caracteriza presunção de subdimensionamento médico, entendido como a insuficiência da capacidade instalada de atendimento em relação à demanda do serviço.

§ 3° Verificada a presunção de subdimensionamento, a escala médica deverá ser recomposta de modo que a capacidade instalada de atendimento seja igual ou superior à demanda estimada, observados os critérios mínimos de cálculo estabelecidos no Anexo desta Resolução.

§ 4° O médico designado para atuação na sala vermelha deverá permanecer exclusivamente dedicado ao atendimento e à estabilização dos pacientes nela admitidos, vedada sua inclusão simultânea na escala de atendimento de outras áreas ou fluxos assistenciais.

§ 5° A transferência inter-hospitalar de paciente que necessite de suporte avançado deverá ser realizada por equipe própria de transporte, obrigatoriamente integrada por médico, salvo quando o

município dispuser de serviço de transporte sanitário apto a realizar a remoção nas mesmas condições de suporte e segurança assistencial.

Art. 4° Para fins de aferição do disposto no art. 3° o serviço deverá registrar, em relação a cada paciente: o horário de chegada; o horário da classificação de risco; a categoria de risco atribuída; e o horário do primeiro atendimento médico.

Parágrafo único. Os registros de que trata o caput deverão ser consolidados em indicadores mensais, por categoria de risco e por turno de trabalho, e permanecer disponíveis ao diretor técnico, aos coordenadores médicos e à fiscalização dos Conselhos de Medicina.

CAPÍTULO IV
DAS RESPONSABILIDADES DO DIRETOR TÉCNICO E DOS COORDENADORES MÉDICOS

Art. 5° Compete ao diretor técnico do serviço de urgência e emergência:

I - zelar pela implantação e pelo cumprimento do protocolo de triagem e classificação de risco adotado;

II - monitorar mensalmente os indicadores de cumprimento dos tempos-alvo por categoria de risco;

III - comunicar formalmente, por escrito e de modo documentado, ao gestor ou mantenedor da instituição, tão logo constatada, a presunção de subdimensionamento médico, instruindo a comunicação com os indicadores respectivos e com a proposta de recomposição da escala;

IV - zelar pela adoção de medidas de contingência assistencial enquanto perdurar o subdimensionamento, com priorização das categorias de maior gravidade.

Art. 6° Compete aos coordenadores médicos dos setores de urgência e emergência comunicar formalmente ao diretor técnico o descumprimento dos tempos-alvo do protocolo e as situações de risco à segurança do paciente delas decorrentes, tão logo identificadas.

Art. 7° Persistindo o subdimensionamento médico após a comunicação prevista no art. 5º, inciso III, por 2 (dois) ciclos mensais consecutivos de aferição, o diretor técnico deverá comunicar o fato ao CREMERJ, no prazo de 10 (dez) dias, instruindo a comunicação com os indicadores mensais e com cópia das comunicações dirigidas ao gestor ou mantenedor.

§ 1° Igual dever de comunicação ao diretor técnico, e subsidiariamente ao Conselho Regional de Medicina, incumbe aos coordenadores médicos, quando constatarem a omissão na adoção das providências previstas nesta Resolução.

§ 2° A comunicação tempestiva e documentada prevista neste artigo constitui o cumprimento do dever ético do diretor técnico e dos coordenadores médicos quanto ao subdimensionamento cuja

correção não esteja ao alcance de suas atribuições.

CAPÍTULO V
DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 8° Nenhum paciente poderá deixar de ser atendido em serviço de urgência e emergência, sendo assegurado, nos casos de emergência, o atendimento médico imediato, independentemente da classificação de risco atribuída ou de qualquer exigência de natureza administrativa.

Parágrafo único. É vedada a adoção de metas, comandos, alertas, rankings, restrições operacionais ou qualquer mecanismo de pressão destinado a acelerar o atendimento médico em prejuízo da autonomia profissional, da adequada avaliação clínica ou da segurança do paciente.

Art. 9° Enquanto perdurar a situação de subdimensionamento, o serviço deverá manter plano de contingência assistencial, elaborado sob responsabilidade do diretor técnico, contemplando, no mínimo, a priorização das categorias de maior gravidade, a reavaliação periódica dos pacientes em espera e os critérios de acionamento da rede de referência.

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10. Cabe ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro fiscalizar o cumprimento desta Resolução, inclusive mediante a requisição dos registros e indicadores previstos no art. 4°.

Parágrafo único. Verificada situação grave e iminente de risco à segurança do paciente ou ao exercício profissional, decorrente do descumprimento desta Resolução, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro poderá adotar as medidas cautelares cabíveis, inclusive a interdição ética cautelar do trabalho médico no setor ou serviço, até a correção das irregularidades.

Art. 11. Cabe ao diretor técnico estabelecer fluxo para encaminhar atendimentos que não se enquadrem em situações de urgência e emergência para o nível de cuidado adequado.

Art. 12. Aplicam-se subsidiariamente aos serviços de que trata esta Resolução as normas do Conselho Federal de Medicina relativas ao funcionamento dos serviços hospitalares de urgência e emergência e das unidades de pronto atendimento.

Art. 13. Esta Resolução entra em vigor 90 (noventa) dias após a data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 25 de agosto de 2026.

Antônio Rodrigues Braga Neto
Presidente

José Ramon Varela Blanco
Primeiro Secretário

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 370/2026

A presente Resolução tem um objeto único e delimitado: transformar o tempo-alvo do protocolo de triagem, hoje uma promessa institucional sem consequência normativa, em parâmetro objetivo de aferição da adequação do dimensionamento médico dos serviços de urgência e emergência, com o correspondente dever ético de comunicação a cargo do diretor técnico e dos coordenadores médicos.

A proposta parte de uma constatação simples e incômoda. O ordenamento brasileiro tornou obrigatória a classificação de risco, mas nunca extraiu dela a consequência lógica que a sustenta. A Portaria GM/MS nº 2.048/2002 determinou a implantação, nas unidades de urgência, do acolhimento e da triagem classificatória de risco, a ser realizada por profissional de nível superior mediante protocolos pré-estabelecidos (1). A Política Nacional de Humanização consolidou o Acolhimento com Classificação de Risco como diretriz assistencial (2). A Portaria GM/MS nº 1.600/2011, hoje incorporada à Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, instituiu a Rede de Atenção às Urgências e fez do acolhimento com classificação de risco requisito de todos os pontos de atenção (3). E o Conselho Federal de Medicina, pela Resolução CFM nº 2.077/2014, tornou obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco nos serviços hospitalares de urgência e emergência, normatizando ainda o dimensionamento da equipe médica e o sistema de trabalho (4).

Doze anos depois, o resultado prático é conhecido de todos os que fiscalizam serviços de urgência: o paciente é classificado, recebe uma cor, é informado de um tempo máximo de espera e espera muito além dele, grande parte das vezes. A classificação de risco tornou-se, em não poucos serviços, um rito de recepção sem correspondência com a capacidade instalada de atendimento. O protocolo mede a urgência mas ninguém mede se o serviço tem médicos suficientes para honrá-la.

A espera prolongada em serviços de urgência não é um problema de satisfação do usuário. É um problema de desfecho. A superlotação dos serviços de emergência é definida na literatura como o descompasso entre a capacidade instalada e a demanda assistencial, e está associada, de forma consistente, a atrasos nos processos clínicos, redução da qualidade da assistência e aumento do risco de eventos adversos (5). Revisão sistemática recente demonstrou que a superlotação produz atraso reprodutível na analgesia, na antibioticoterapia, na avaliação do acidente vascular cerebral, no atendimento ao trauma e no manejo da sepse, além de prolongar o tempo de permanência, elevar complicações adquiridas e reduzir a adesão a práticas baseadas em evidência (5).

A evidência populacional é ainda mais eloquente. Estudo de coorte retrospectiva conduzido em Ontário, no Canadá, com mais de treze milhões de atendimentos não internados, demonstrou que o risco de eventos adversos — morte ou internação em sete dias — aumenta progressivamente

com o tempo médio de permanência dos pacientes atendidos no mesmo turno (6). Os autores estimaram que a redução de uma hora no tempo médio de permanência poderia ter evitado parcela relevante dos óbitos observados, com efeito mais pronunciado justamente entre os pacientes de maior gravidade (6). O achado é decisivo para esta proposta por uma razão metodológica: a variável explicativa não foi a espera individual do paciente, mas a carga do turno — isto é, o dimensionamento.

Essa relação foi posteriormente demonstrada de forma direta. Análise de mais de quatrocentos mil atendimentos em centro terciário, com cálculo minuto a minuto da razão paciente-médico, evidenciou que razões mais elevadas — expressão objetiva da sobrecarga médica — associam-se a maior mortalidade em sete dias, maior tempo de permanência e maior tempo de espera, com risco significativo a partir de determinados limiares de carga (7). Em outras palavras: não se trata de inferir que a falta de médico faz mal ao paciente; trata-se de um achado mensurado.

Acrescente-se o fenômeno da evasão antes do atendimento. Estudo de base populacional demonstrou elevação sustentada das taxas de saída sem atendimento após 2020, e que esses pacientes apresentam risco aumentado de morte ou hospitalização em sete e trinta dias (8). O paciente que desiste da fila não desaparece do sistema de saúde: retorna mais grave, ou não retorna.

Na urgência, o tempo não é uma circunstância administrativa do atendimento — é um componente da terapêutica. Em choque séptico, cada hora de retardo na administração de antimicrobiano eficaz associou-se, em coorte clássica, a incremento médio de 7,6% na mortalidade (9). Estudos posteriores, em populações mais amplas de sepse e com metodologia distinta, confirmaram a direção do efeito, com aumento das chances de óbito hospitalar a cada hora decorrida entre o registro do paciente e a antibioticoterapia (10). As diretrizes internacionais da Surviving Sepsis Campaign incorporaram esse achado ao recomendar a administração de antimicrobianos no menor tempo possível a partir do reconhecimento da sepse (11).

O reconhecimento da sepse depende de avaliação médica. A avaliação médica depende de médico disponível. E a disponibilidade de médico depende de dimensionamento. A cadeia causal é direta e não comporta eufemismo: em um serviço subdimensionado, o paciente classificado como muito urgente que deveria ser visto em dez minutos e é visto em noventa não sofreu um transtorno — sofreu perda de janela terapêutica.

O mesmo raciocínio se aplica à síndrome coronariana aguda, ao acidente vascular cerebral isquêmico, ao politraumatizado e à criança em desconforto respiratório. Em todos, o desfecho é função do tempo. Em todos, o tempo é função do dimensionamento.

Há ainda a dimensão do paciente idoso e frágil, cuja permanência prolongada em ambiente de emergência associa-se a agravamento de condições preexistentes, delirium e aumento do risco de morte (12). E há a evidência específica sobre a permanência em corredor após decisão de internação, ligada a mortalidade, erro de medicação e omissão de prescrições (13).

A Resolução adota uma premissa que merece ser explicitada: o descumprimento reiterado dos

tempos-alvo do protocolo, uma vez afastadas as causas pontuais, é a expressão mensurável do subdimensionamento médico.

Esta premissa não é uma construção teórica deste Conselho. Ela é a lógica interna dos próprios sistemas de triagem. As escalas canadense e australiana, por exemplo, não se limitam a definir tempos-alvo: estabelecem metas percentuais de conformidade por categoria de risco, isto é, a fração mínima de atendimentos que deve cumprir o tempo prometido, precisamente porque compreendem que o tempo-alvo só tem sentido se for aferido como indicador de desempenho do serviço. A minuta importa essa técnica ao art. 3º, § 1º, ao fixar o índice de conformidade de noventa por cento por categoria, apurado mensalmente.

A aferição nacional dessa conformidade é, hoje, precária. Estudo brasileiro que avaliou o indicador de qualidade do Sistema de Triagem de Manchester em serviço hospitalar de urgência encontrou tempo médio de atendimento de 39,5 minutos na categoria laranja — cujo tempo-alvo é de dez minutos —, concluindo que a espera nas categorias de alta prioridade excedeu o recomendado e que o sistema demanda monitoramento contínuo (14). Esse é o ponto: sem monitoramento e sem consequência, o tempo-alvo é decorativo.

Daí a arquitetura dos arts. 3º e 4º. O art. 4º cria a base factual — registro do horário de chegada, do horário da classificação, da categoria atribuída e do horário do primeiro atendimento médico, consolidados em indicadores mensais por categoria e por turno. O art. 3º extrai dessa base a consequência normativa — presunção de subdimensionamento e dever de recomposição da escala até que a capacidade instalada seja igual ou superior à demanda.

Registre-se que a presunção instituída é relativa, e assim deve ser compreendida. Ela transfere ao serviço o ônus de demonstrar que o descumprimento decorreu de causa diversa da insuficiência de médicos — evento de múltiplas vítimas, surto epidêmico, falha estrutural transitória. O que a norma não admite é a naturalização do descumprimento crônico.

DA ELEIÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER COMO PROTOCOLO DE REFERÊNCIA

O art. 2º, § 2º, elege o Sistema de Triagem de Manchester como protocolo de referência, adotando suas categorias e tempos-alvo como parâmetro padrão. Três razões sustentam a escolha.

A primeira é fática: trata-se do protocolo mais difundido nos serviços brasileiros, públicos e privados, e o de maior reconhecimento social — as cores de Manchester integram o vocabulário do cidadão comum quando busca uma emergência.

A segunda é técnica: o Manchester é protocolo baseado em queixa de apresentação, estruturado em fluxogramas e discriminadores, o que produz rastreabilidade — cada classificação registra o fluxograma e o discriminador utilizados, permitindo auditoria posterior (15). Essa característica é indispensável a uma norma que pretende usar a classificação como base de aferição.

A terceira é jurídica, e determinou a técnica redacional adotada. O Manchester é instrumento

licenciado, cuja certificação no Brasil é conduzida por entidade específica. Impor a sua adoção obrigatória equivaleria a compelir todos os serviços do país à contratação de certificação privada determinada, o que extrapolaria a competência deste Conselho e exporia a norma a questionamento. Por isso a minuta não o torna obrigatório: torna-o referência. O § 3º admite protocolo diverso, desde que com categorias e tempos-alvo expressos; e o § 4º estabelece a cláusula de fechamento, aplicando subsidiariamente os tempos de Manchester, por equivalência de categorias, quando o protocolo adotado não os definir.

Essa cláusula não é ornamental. O Emergency Severity Index, adotado por instituições brasileiras de referência, classifica por gravidade e previsão de consumo de recursos, mas não estabelece tempos máximos de espera — a definição é deixada a cada instituição. Sem o § 4º, bastaria a adoção de protocolo sem tempos-alvo para esvaziar integralmente o parâmetro do art. 3º. Com ele, nenhum serviço do estado fica sem tempo aferível.

DOS LIMITES DA COMPETÊNCIA NORMATIVA E DA CENTRALIDADE DO DIRETOR TÉCNICO

A minuta observa rigorosamente os limites da competência deste Conselho, estabelecida pela Lei nº 3.268/1957 e sua regulamentação.

Não cabe ao Conselho normatizar sobre gestão administrativa, orçamento hospitalar, contratação de pessoal ou política pública de financiamento. Não pode, portanto, dirigir comando a gestores, mantenedores ou instâncias administrativas. Pode — e deve — normatizar sobre o exercício profissional do médico, inclusive daquele que ocupa a função de diretor técnico, cuja responsabilidade pelas condições técnicas de funcionamento do serviço é matéria tipicamente ético-profissional.

Por essa razão, toda a estrutura de deveres da Resolução recai exclusivamente sobre o diretor técnico e sobre os coordenadores médicos dos setores. O art. 5º atribui ao diretor técnico o monitoramento dos indicadores e a comunicação formal, documentada e instruída da presunção de subdimensionamento ao gestor ou mantenedor. O art. 6º atribui aos coordenadores médicos o dever de reportar ao diretor técnico o descumprimento dos tempos-alvo e as situações de risco daí decorrentes. O art. 7º prevê a comunicação ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro quando o subdimensionamento persistir por dois ciclos mensais consecutivos após a comunicação à gestão.

Esse desenho tem uma consequência sistêmica relevante. Ao instituir fluxo documentado de comunicação — do coordenador ao diretor técnico, do diretor técnico à gestão, e da gestão persistentemente omissa ao Conselho Regional —, a norma converte informação assistencial dispersa em evidência institucional organizada.

DA SEGURANÇA DO PACIENTE COMO BEM JURÍDICO TUTELADO

A segurança do paciente é o eixo desta proposta, e não um capítulo dela.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013,

definiu como objetivo a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde (16). No plano internacional, o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, da Organização Mundial da Saúde, estabelece como visão a eliminação do dano evitável e reconhece que ambientes assistenciais e condições de trabalho seguras são condição estrutural da segurança do cuidado (17).

O atraso no primeiro atendimento médico ao paciente classificado como grave é dano evitável por definição: sabe-se que ocorre, sabe-se por que ocorre, sabe-se como medir e sabe-se como corrigir. Uma norma que exige a classificação do risco e se cala quanto à capacidade de respondê-lo é uma norma incompleta.

Nesse sentido, o art. 8º da Resolução reafirma que nenhum paciente pode deixar de ser atendido, assegurado o atendimento imediato nos casos de emergência, independentemente da classificação atribuída ou de exigência administrativa — o que dialoga diretamente com o disposto no Código de Ética Médica quanto à vedação de deixar de atender paciente em situação de urgência ou emergência. E o art. 9º institui o plano de contingência assistencial, com priorização das categorias de maior gravidade, reavaliação periódica dos pacientes em espera e critérios de acionamento da rede de referência — instrumento de mitigação enquanto perdurar a insuficiência.

A proteção da sala vermelha exige disponibilidade médica real e imediata. O profissional nela escalado não pode ser contabilizado simultaneamente para consultórios, observação, classificação de risco ou outros fluxos, pois a acumulação funcional converte uma cobertura apenas nominal em indisponibilidade concreta diante do paciente crítico.

A mesma lógica se aplica à transferência de pacientes dependentes de suporte avançado. A remoção deve contar com equipe própria e presença médica, admitindo-se a utilização do serviço municipal de transporte sanitário somente quando este dispuser de estrutura e equipe aptas a manter, durante todo o trajeto, o nível de suporte e a segurança assistencial exigidos pelo quadro clínico.

O controle dos tempos-alvo também não autoriza mecanismos de pressão sobre o médico. Metas, alertas, rankings ou cobranças destinados a produzir redução artificial do tempo de consulta podem comprometer a anamnese, o exame físico, o raciocínio clínico, o registro em prontuário e a própria autonomia profissional. O indicador deve orientar o adequado dimensionamento do serviço, e não transferir ao médico individual a responsabilidade pela insuficiência estrutural.

Quando o descumprimento produzir situação grave e iminente de risco, a atuação fiscalizatória não pode limitar-se à recomendação administrativa. A previsão de medidas cautelares, inclusive de interdição ética cautelar do trabalho médico no setor ou serviço, permite interromper a exposição de pacientes e profissionais ao perigo até que sejam restabelecidas condições mínimas e seguras de funcionamento.

Complementa o sistema o art. 2º, § 5º, ao estabelecer a reavaliação obrigatória do paciente sempre que houver alteração de quadro ou ultrapassagem do tempo-alvo de sua categoria. Trata-se

de reconhecer o que a literatura já demonstrou: o risco do paciente que espera não é estático, e a fila é, ela própria, um ambiente clínico.

A proposta não transfere ao médico assistencial responsabilidade por resultados que não controla, não converte o tempo-alvo em meta individual de produtividade e não invade competência administrativa alheia a este Conselho. Ao contrário, protege a autonomia profissional, explicita condições mínimas de trabalho seguro e direciona ao serviço o dever de oferecer estrutura compatível com a gravidade e a demanda assistencial.

A proposta estrutura cinco eixos complementares. Primeiro: estabelece que o tempo prometido ao paciente na classificação de risco é o parâmetro pelo qual se mede se o serviço tem médicos suficientes. Segundo: institui o registro e o indicador que tornam esse parâmetro verificável. Terceiro: define, com clareza e salvaguarda, o dever ético do diretor técnico e dos coordenadores médicos de comunicar a insuficiência a quem tem o poder de corrigi-la e, persistindo a omissão, ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Quarto: assegura dedicação médica exclusiva à sala vermelha e suporte adequado nas transferências de pacientes graves. Quinto: veda pressões incompatíveis com a autonomia médica e admite resposta cautelar quando houver risco grave e iminente.

O paciente que chega a uma porta de urgência com dor torácica, com sinais de sepse ou com déficit neurológico agudo não dispõe de tempo para aguardar o amadurecimento de políticas públicas. A melhor evidência científica sabe, com precisão, quanto tempo esse paciente pode esperar. Cabe a este Conselho assegurar que essa medida deixe de ser um número afixado na parede e passe a ser um compromisso aferível.

RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE
Conselheiro Relator

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. 12 nov 2002.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização

da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 8 jul 2011. [Consolidada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo III].

4. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.077, de 16 de setembro de 2014. 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. Diário Oficial da União. 16 set 2014.

5. Alsabri M, et al. Clinical and operational effects of emergency department crowding: a systematic review. Cureus. 2025. doi:10.7759/cureus.

6. Guttmann A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. BMJ. 2011;342:d2983. doi:10.1136/bmj.d2983.

7. Chen YY, Chi CY, Lien WC, Ko PC, Chong KM, Chen YP, et al. Higher patient-to-physician ratios associated with worse outcomes in the emergency department. J Formos Med Assoc. 2024. doi:10.1016/j.jfma.2024.11.026.

8. McNaughton CD, Austin PC, Chu A, Santiago-Jimenez M, Li E, Holodinsky JK, et al. Turbulence in the system: higher rates of left-without-being-seen emergency department visits and associations with increased risks of adverse patient outcomes since 2020. J Am Coll Emerg Physicians Open. 2024;5(6):e13299. doi:10.1002/emp2.13299.

9. Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med. 2006;34(6):1589-96. doi:10.1097/01.CCM.0000217961.75225.E9.

10. Liu VX, Fielding-Singh V, Greene JD, Baker JM, Iwashyna TJ, Bhattacharya J, et al. The timing of early antibiotics and hospital mortality in sepsis. Am J Respir Crit Care Med. 2017;196(7):856-63. doi:10.1164/rccm.201609-1848OC.

11. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021;47(11):1181-247. doi:10.1007/s00134-021-06506-y.

12. Iozzo P, Spina N, Cannizzaro G, Gambino V, Patinella A, Bambi S, et al. Association between boarding of frail individuals in the emergency department and mortality: a systematic review. J Clin Med. 2024;13(5):1269. doi:10.3390/jcm13051269.

13. Boudi Z, Lauque D, Alsabri M, Östlundh L, Oneyji C, Khalemsky A, et al. Association between

boarding in the emergency department and in-hospital mortality: a systematic review. PLoS One. 2020;15(4):e0231253. doi:10.1371/journal.pone.0231253.

14. Jesus APS, Batista REA, Vancini-Campanharo CR, Lopes MCBT, Okuno MFP. Avaliação do indicador de qualidade do Sistema de Triagem de Manchester: tempo de atendimento. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200371. doi:10.1590/1983-1447.2021.20200371.

15. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency triage: Manchester Triage Group. 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. 2 abr 2013.

17. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021.

18. Chan H, Lo S, Lee L, Lo W, Yu W, Wu Y, et al. Improving emergency department efficiency: decreasing wait times by redistribution of physician staffing. Ann Emerg Med. 2019;74(4 Suppl):S46. doi:10.1016/j.annemergmed.2019.08.115