



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14

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.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842/13;

CONSIDERANDO o direito à saúde estabelecido pelo artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde prestados pelo poder público, previsto no artigo 196 da Carta Magna;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece os princípios da prática médica de qualidade e 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 Conselho Federal de Medicina deve regulamentar e normatizar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, tendo como objetivo que, neles, o desempenho ético-profissional da medicina seja exercido;

CONSIDERANDO o estabelecido na Resolução CFM nº 1.493/98 e o fato de que a responsabilidade médica é individual em relação ao paciente;

CONSIDERANDO a Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, instituindo a “vaga zero” e estabelecendo as condições para a habilitação e certificação dos médicos para atuarem nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência;



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSIDERANDO que as condições de atendimento prestados pela maioria dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência no país frequentemente atentam contra a dignidade dos pacientes;

CONSIDERANDO que as condições de trabalho do médico nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência podem comprometer sua capacidade de fazer o melhor pelo paciente;

CONSIDERANDO as responsabilidades do médico, ética, civil e criminal, como pessoais e intransferíveis;

CONSIDERANDO a necessidade de quantificar a equipe médica para atuar nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, de acordo com o número e perfil esperados de pacientes a serem atendidos no local, de forma a garantir a autonomia do médico em seu exercício profissional, com vistas a preservar a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO a adoção dos protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco para melhor organização assistencial dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência;

CONSIDERANDO que os pacientes classificados como de maior grau de urgência necessitam frequentemente de assistência equivalente à oferecida em unidade de terapia intensiva e observação médica constante;

CONSIDERANDO que os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência se tornaram porta de entrada no sistema de saúde aos pacientes sem acesso à atenção primária, e que são parte integrante do hospital onde estão localizados;

CONSIDERANDO que os hospitais devem disponibilizar leitos de retaguarda em número suficiente para suprir a demanda de pacientes oriundos dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 24 de julho de 2014,



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLVE:

Art. 1º Esta resolução se aplica aos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, públicos e privados, civis e militares, em todos os campos de especialidade.

Parágrafo único. Entende-se por Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência os denominados prontos-socorros hospitalares, pronto-atendimentos hospitalares, emergências hospitalares, emergências de especialidades ou quaisquer outras denominações, excetuando-se os Serviços de Atenção às Urgências não Hospitalares, como as UPAs e congêneres.

Art. 2º Tornar obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para atendimento dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.

Parágrafo único. O tempo de acesso do paciente à Classificação de Risco deve ser imediato, sendo necessário dimensionar o número de classificadores para atingir este objetivo.

Art. 3º Todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico.

Art. 4º Determinar, na forma do anexo desta resolução, o sistema de fluxo dos pacientes e as normas para a quantificação adequada da equipe médica para trabalhar nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.

Art. 5º Tornar necessária a presença do médico coordenador de fluxo nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência com mais de 50.000 atendimentos/ano no setor, cujas funções estão normatizadas no anexo desta resolução.

Art. 6º As diretorias clínica e técnica, bem como a direção administrativa do hospital, devem garantir qualidade e segurança assistencial ao paciente e ao médico no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, de acordo com o disposto no anexo desta resolução.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Art. 7º Tornar obrigatória a qualificação dos profissionais médicos para o trabalho em Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, mediante o disposto no Capítulo VII, item 2, alínea B-3, da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, capacitação essa de responsabilidade dos gestores, segundo o preconizado pela portaria.

Parágrafo único. É obrigação do diretor técnico do hospital exigir documentalmente do gestor a capacitação prevista no *caput*.

Art. 8º É obrigatória a passagem de plantão, médico a médico, na qual o profissional que está assumindo o plantão deve tomar conhecimento do quadro clínico dos pacientes que ficarão sob sua responsabilidade.

Art. 9º É obrigatório o registro completo da assistência prestada ao paciente na ficha de atendimento de emergência/boletim de atendimento/prontuário médico, constando a identificação dos médicos envolvidos no atendimento.

Art. 10. É obrigação do médico plantonista dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência dialogar, pessoalmente ou por telefone, com o médico regulador ou de sobreaviso, sempre que for solicitado ou que solicitar esses profissionais, fornecendo todas as informações com vistas a melhor assistência ao paciente.

Art. 11. O médico de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, dar assistência nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência quando solicitado para interconsulta, justificada e registrada no prontuário pelo médico solicitante, no menor tempo possível, devendo se comunicar de imediato quando contatado pelo hospital.

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

Parágrafo único. Enquanto o paciente internado estiver nas dependências do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, as intercorrências por ele apresentadas deverão ser atendidas pelos médicos plantonistas deste setor, caso o médico assistente esteja ausente; no entanto, este deverá ser imediatamente



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

comunicado do fato, sendo a responsabilidade da assistência compartilhada, objetivando sempre o melhor tratamento para o paciente.

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

Art. 14. O tempo máximo de permanência dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência será de até 24h, após o qual o mesmo deverá ter alta, ser internado ou transferido.

Art. 15. Fica proibida a internação de pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.

Art. 16. O hospital deverá disponibilizar, em todas as enfermarias, leitos de internação para pacientes egressos do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência em número suficiente para suprir a demanda existente. Em caso de superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência e ocupação de todos os leitos de retaguarda, é de responsabilidade do diretor técnico da instituição prover as condições necessárias para a internação ou transferência destes pacientes.

Art. 17. O médico plantonista do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá acionar imediatamente o coordenador de fluxo, e na inexistência deste o diretor técnico do hospital, quando:

- a) forem detectadas condições inadequadas de atendimento ou constatada a inexistência de leitos vagos para a internação de pacientes, com superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência;
- b) houver pacientes que necessitem de unidade de terapia intensiva e não houver leito disponível;
- c) quando o Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência receber pacientes encaminhados na condição de “vaga zero”.

§ 1º A “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

§ 2º O encaminhamento de pacientes como “vaga zero” é prerrogativa e responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que deverão, obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento.

§ 3º Em caso de transferência de pacientes de unidades de saúde para hospitais de maior complexidade em “vaga zero”, as informações detalhadas em relação ao quadro clínico do paciente deverão ser encaminhadas, por escrito, pelo médico solicitante do serviço de saúde de origem.

§ 4º No caso de utilizar-se a “vaga zero” em Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência superlotado ou sem capacidade técnica de continuidade do tratamento, caberá à equipe médica estabilizar o paciente e, após obtidas as condições clínicas que permitam a transferência, comunicar o fato à regulação, persistindo a responsabilidade do gestor público pela obtenção de vagas para a continuidade do tratamento e, se necessário, com a compra de leitos na forma da lei.

Art. 18. Uma vez acionado em função da superlotação, o diretor técnico do hospital deverá notificar essa circunstância ao gestor responsável e ao Conselho Regional de Medicina, para que as medidas necessárias ao enfrentamento de cada uma das situações sejam desencadeadas.

Parágrafo único. Nos casos de recusa ou omissão por parte do gestor, o diretor técnico deverá comunicar imediatamente o fato ao Ministério Público, dando ciência ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 19. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 24 de julho de 2014

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ANEXO I DA RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14

1. Definição de leitos de retaguarda

No Brasil, a Portaria MS/SAS nº 312, de 2 de maio de 2002, define 24 horas como o período máximo de observação hospitalar e estabelece uma padronização de nomenclatura para o censo hospitalar nos hospitais integrantes do SUS, elaborada com vistas a permitir que esse censo gerasse informações de abrangência nacional. A citada portaria não define leitos de retaguarda.

No entanto, esta nomenclatura é consagrada no ambiente de urgência e emergência. Assim, definimos leitos de retaguarda como aqueles de internação dedicados a atenção de pacientes agudos ou agudizados internados pelo Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, devendo esses leitos ser dimensionados conforme o volume esperado de internações.

Neste cenário não devem ser considerados como de retaguarda os leitos de observação no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, os leitos de pré-parto, os leitos de recuperação pós-anestésica, os berços de alojamento conjunto e os leitos de berçário para recém-nascidos saudáveis.

2. Acolhimento com Classificação de Risco

É obrigatória a implantação nos ambientes dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência de um sistema de classificação de pacientes de acordo com a gravidade do agravo à saúde que apresentam, e que deve ser realizado por profissionais médicos ou enfermeiros capacitados. O paciente classificado por enfermeiro não pode ser liberado ou encaminhado a outro local sem ser consultado por médico.

A classificação deve ser feita obrigatoriamente em local que assegure a privacidade e o sigilo do paciente, podendo este ter duas ou mais salas de classificação para os momentos de maior fluxo de atendimento, resguardadas as condições de privacidade. Ao chegar ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, o acesso dos pacientes ao Setor de Classificação de Risco deve ser



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

imediatamente. Assim, o tempo de espera para ser classificado deverá tender a zero, com os tempos de espera diferenciais para acesso ao médico emergencista não ultrapassando, na categoria de menor urgência, 120 minutos.

O médico poderá, no contato com o paciente, rever a classificação para fins de prioridade maior ou menor nas etapas subsequentes de atendimento. A classificação das necessidades urgentes do paciente define seu fluxo em todo o processo de atenção hospitalar e todos os setores devem estar cientes dessa definição. O bom uso da classificação afeta o fluxo e a qualidade assistencial dos pacientes do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência no conjunto da instituição hospitalar.

Para serviços com menos de 50.000 consultas/ano pode-se discutir a necessidade da classificação sempre que não tenham um histórico de espera inadequada, embora não se possa prescindir da recepção e acolhimento informados para identificar necessidades que devam ser imediatamente respondidas.

Há diversas escalas de classificação que podem ser adotadas e que possuem especificidades importantes, devendo-se observar a distinção entre as escalas utilizadas para adultos e crianças, em saúde mental e em obstetrícia, para maior sensibilidade e especificidade. Quando a classificação for realizada por enfermeiros, o protocolo adotado obrigatoriamente deverá ser baseado em sintomas, não podendo envolver diagnóstico médico.

3. Sistema de fluxo

O acesso dos pacientes ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência se faz por demanda espontânea ou por meio de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência (SAMU, Corpo de Bombeiros e pré-hospitalar móvel privado). Os pacientes demandados de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência podem ser pré-classificados, dependendo do contato prévio da regulação médica. Os pacientes pré-classificados podem ter acesso direto à sala de reanimação de pacientes graves. Os demais pacientes deverão passar pelo processo de Acolhimento com Classificação de Risco.

No fluxo geral do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, após a Classificação de Risco, os pacientes poderão seguir três fluxos conforme sua



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

condição: 1. pacientes graves; 2. pacientes com potencial de gravidade; 3. pacientes sem potencial de gravidade.

O algoritmo abaixo (figura 1) descreve o fluxo dos pacientes no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, de acordo com sua classificação.

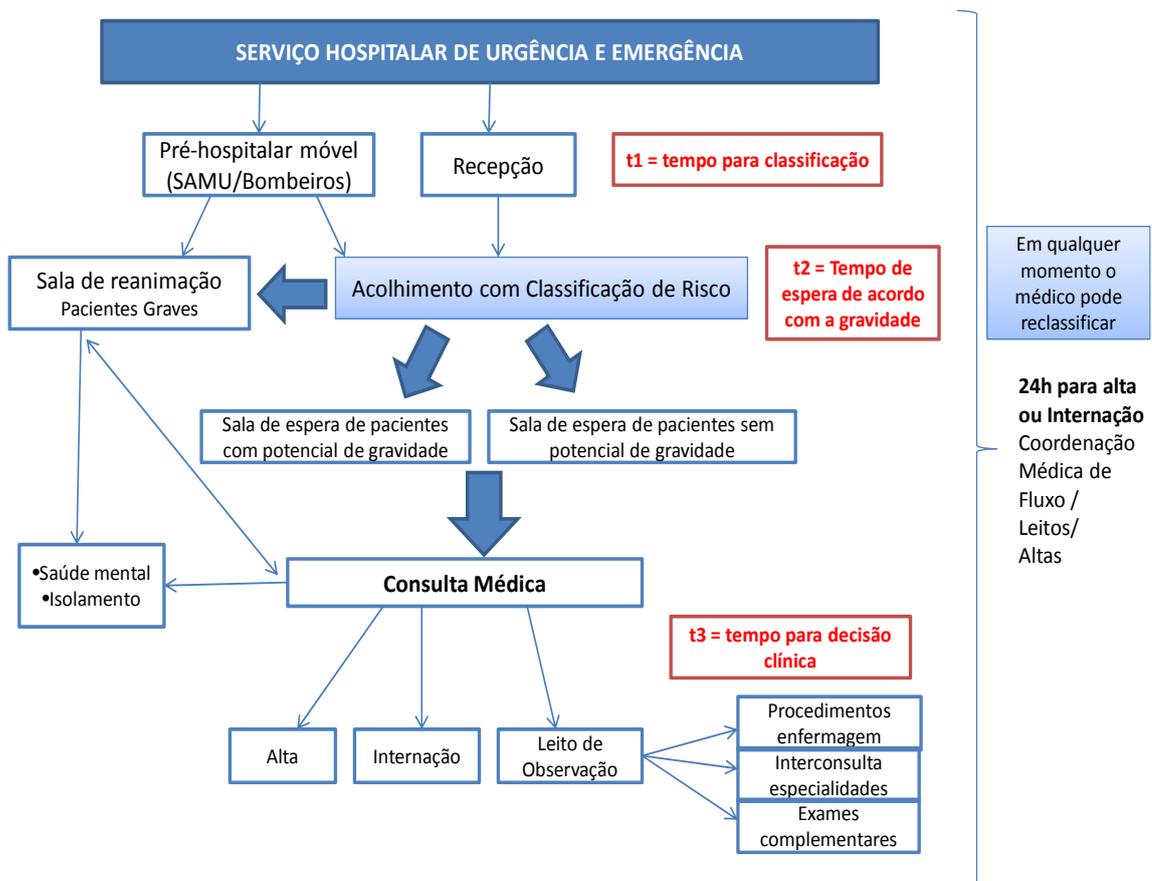


Figura 1. Algoritmo de fluxo do paciente no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.

Define-se como Sala de Reanimação a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são atendidos os pacientes com iminente risco de vida ou sofrimento intenso, necessitando de intervenção médica imediata.

Define-se como Sala de Observação de Pacientes com Potencial de Gravidade a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são mantidos os pacientes que necessitem vigilância constante e possível intervenção imediata.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Define-se como Sala de Observação de Pacientes sem Potencial de Gravidade a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são mantidos os pacientes que necessitem vigilância e acompanhamento médico intermitente.

Para os pacientes classificados como de máxima urgência, a sala de reanimação ou de procedimentos avançados deverá ter capacidade de no mínimo dois pacientes com as devidas áreas de circulação e contar com médico exclusivo no local. O paciente não deverá ficar mais de 4 horas na sala de reanimação.

Considerando que os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência recebem frequentemente pacientes portadores de doenças infectocontagiosas e psiquiátricas, é obrigatória a existência de salas específicas para isolamento para doenças infectocontagiosas e salas específicas para o atendimento aos pacientes psiquiátricos.

4. Quantificação da equipe médica

Todo Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá ter suas dimensões projetadas conforme a responsabilidade de cobertura populacional e especialidades que oferece na organização regional.

Para fins de dimensionamento do número de profissionais médicos necessários para o adequado atendimento nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, recomenda-se o cálculo do volume anual de pacientes e sua posterior distribuição pelo número de profissionais médicos contratados e respectivas cargas horárias. Isto se refere aos médicos que prestam o primeiro atendimento, os emergencistas. Médicos horizontais, médicos residentes, médicos estagiários e estudantes da graduação em Medicina não podem ser contabilizados como equipe médica contratada para atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência. No entanto, devem ser considerados para o dimensionamento das necessidades de áreas físicas como consultórios, onde atenderão sob supervisão, quando for o caso.

A sala de reanimação de pacientes graves deve disponibilizar o mínimo de dois leitos por médico no local, podendo o número de leitos e médicos ser maior, sempre nessa proporção, considerando a demanda de pacientes do Serviço



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Hospitalar de Urgência e Emergência que utilizarão este setor, onde os pacientes poderão permanecer no máximo por 4 horas.

Para as consultas aos pacientes com e sem potencial de gravidade, portanto excluídos os médicos para atender na sala de reanimação de pacientes graves e os responsáveis pelos pacientes em observação, utiliza-se como referência desejável o máximo de três pacientes por hora/médico. Para fins desse cálculo ficam excluídos os médicos horizontais, os médicos residentes, os médicos especialistas de sobreaviso, presencial ou a distância, ou qualquer outro médico que não participe do primeiro atendimento no pronto-socorro.

Assim, como exemplo para fins práticos, considerando um Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência com 50.000 atendimentos anuais (≈ 4.167 atendimentos/mês ou ≈ 139 atendimentos/dia ou ≈ 6 atendimentos/hora), excluídos pacientes graves atendidos na sala de reanimação, seriam necessários dois médicos por turno para o atendimento. Esta é uma fórmula geral utilizada para o planejamento do número de médicos a serem contratados, de maneira a evitar o subdimensionamento da equipe médica, demora para o atendimento e sobrecarga de trabalho médico.

As variações em número de atendimentos entre meses, dias da semana e horários do dia devem ser quantificadas e avaliadas e, se necessário, resultar em redistribuição adequada do número de médicos por turnos de serviço, buscando equilíbrio entre demanda e oferta do atendimento.

No entanto, em nenhum momento essa fórmula de cálculo autoriza que o médico nas urgências atenda três pacientes na hora e espere a próxima hora para atender outros três pacientes. A dinâmica da atenção às urgências é contínua e o cálculo de até três pacientes hora/médico por turno deve ser apenas utilizado como base para o planejamento da quantificação do número mínimo de médicos para o atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.

Uma vez quantificado o número de médicos na equipe, deve se estabelecer o número de consultórios necessários para atender a demanda de consultas.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Na área de observação de pacientes com e sem potencial de gravidade, deve se disponibilizar no mínimo um médico para oito leitos, considerando a demanda de pacientes do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência que utilizarão este setor, onde poderão permanecer no máximo 24 horas.

A equipe de médicos emergencistas do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência poderá se revezar nos diferentes setores de atendimento durante o turno do plantão.

5. Coordenador de fluxo

O coordenador de fluxo é médico com funções exclusivamente administrativas, presente diariamente no serviço, que não se confunde com o chefe/coordenador médico do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.

O médico coordenador de fluxo tem autoridade delegada expressamente pelo chefe do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência e pelos diretores Clínico e Técnico do hospital. Sua atuação deve estar ajustada à política da instituição, em consonância com as normas dos diversos serviços hospitalares e em complemento à atuação das diretorias clínica e técnica.

O coordenador de fluxo tem como responsabilidades:

- a) agilizar a transferência e trâmites burocráticos de pacientes com alta pelo médico assistente, quando necessário;
- b) controlar os tempos dos processos de atendimento e realização de exames complementares;
- c) zelar pelos padrões de segurança dos pacientes nos processos assistenciais;
- e) controlar o acesso aos leitos de retaguarda do hospital e aos demais leitos, quando necessário, desde que autorizado pela direção clínica e técnica da instituição.

6. Qualidade e segurança assistencial ao paciente e ao médico no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, do Ministério da Saúde, tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Essa resolução se aplica aos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Essa RDC determina que a direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP). O PSP, elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde.

Para que a equipe médica desenvolva seu trabalho, as condições adequadas de segurança no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência são de responsabilidade do diretor clínico, diretor técnico e da direção administrativa do hospital. Os médicos plantonistas deverão denunciar ao Ministério Público e ao Conselho Regional de Medicina todas as situações que ponham em risco sua segurança para o exercício profissional, esgotadas as tentativas de solução com as diretorias da instituição.

7. Capacitação da equipe médica

A Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, define os conteúdos teóricos e práticos necessários para a capacitação de médicos que atuam nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. A portaria estabelece a necessidade de certificação dessas habilidades mediante instituição pública e de igual maneira indica a necessidade de que a capacitação para instalar esses conhecimentos e habilidades deve dar-se mediante instituição pública.

Recomenda-se a criação dos núcleos de educação permanente em urgência e emergência, de modo a aplicar o previsto na Portaria GM/MS nº 2.048/02.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

Relator



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14

A crise do atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência no Brasil talvez seja o lado mais perverso do caos que assola a saúde pública no país.

Na cadeia de atenção à saúde o Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência é o segmento mais exposto e visível para a população e a precariedade de seu atendimento, agravada por tratar de pacientes graves que exigem cuidados imediatos, faz com que os problemas do setor causem choque e indignação na população.

Quando analisamos a crise no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, enfocamos principalmente o componente hospitalar, porém não resolveremos os problemas neste segmento se não houver políticas públicas voltadas a toda a Rede de Atenção às Urgências, formada pelos seguintes componentes:

1. Promoção, prevenção e vigilância;
2. Salas de estabilização;
3. Força Nacional - SUS;
4. SAMU 192;
5. UPA 24h;
6. Hospitalar;
7. Atenção domiciliar.

Como eixos transversais esses componentes têm na Rede a Atenção Básica, Acolhimento com Classificação de Risco, Informação, Regulação, Qualificação Profissional e Resolubilidade. No sistema privado o atendimento pré-hospitalar é realizado por serviços próprios.

Existe deficiência em toda a Rede de Atenção às Urgências no Brasil, o que se reflete diretamente no componente hospitalar, gerando crise permanente cujas causas são multifatoriais, existindo inúmeros fatores determinantes para o caos que assola o setor. Entre as causas, pode-se listar: dificuldade de acesso dos pacientes



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ao atendimento primário; falta de estrutura hospitalar no interior dos estados; falta de adequada equipe de profissionais; grande rotatividade de médicos; pacientes atendidos por ordem de chegada, sem Acolhimento com Classificação de Risco, que prioriza o atendimento pela gravidade do paciente e não por ordem de chegada ao PS; escalas de profissionais incompletas; falta de médicos especialistas de sobreaviso; área física dos hospitais inadequada; falta de leitos de retaguarda; falta de leitos de UTI.

O sistema de saúde no Brasil é extremamente deficiente quanto ao atendimento na assistência básica. Os usuários do SUS não conseguem agendar consultas eletivas nas unidades básicas de saúde com médicos clínicos gerais e a situação é ainda pior quando a população necessita de consultas eletivas com médicos especialistas, pois esses simplesmente não estão disponíveis para atender a toda a demanda. A espera por uma consulta, quando se consegue marcá-la, é de meses. Com isso, as pessoas que necessitam consultas eletivas, quer com clínicos gerais ou com especialistas, procuram espontaneamente os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência dos hospitais de referência por saberem que ali serão atendidos, por existirem clínicos, cirurgiões e especialistas de plantão para atendimento. Esse fluxo de pacientes com doenças de caráter eletivo que procuram os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência contribui para tumultuar o ambiente nestes setores, além de ser fator importante na superlotação dos mesmos.

Essa realidade para os pacientes do SUS está cada vez mais presente no cotidiano dos usuários dos planos de saúde, que a cada dia têm mais dificuldades para agendar consultas, especialmente com especialistas, e realizar exames não cobertos pelos planos, e procuram o Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência dos hospitais privados credenciados na tentativa de resolver seus problemas.

A Rede de Atenção às Urgências está estruturada, de maneira equivocada, em hospitais de referência em Urgência e Emergência, localizados nas capitais ou grandes cidades do país, que em última instância acabam por ser os responsáveis por resolver todos os problemas dos outros componentes da Rede de Atenção às Urgências. Idealmente, seria necessário que existissem hospitais estruturados em Urgência e Emergência em diversas regiões dos estados brasileiros, que serviriam de referência para a macrorregião onde se localizassem, resolvendo os problemas de



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

saúde daquela região, assim evitando o encaminhamento em massa dos pacientes das cidades do interior para os hospitais de referência nas grandes cidades brasileiras, o que leva à superlotação e ao completo esgotamento dessas unidades para bem atender a população.

O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência é feito pelo SAMU, implantado há aproximadamente 10 anos e, sem dúvida, um dos principais programas de saúde pública já implantado em benefício da assistência à população brasileira. O SAMU atende pacientes em Urgência e Emergência clínicas ou em acidentes urbanos, fazendo um trabalho de excelência, salvando milhares de vidas de pacientes que anteriormente morriam sem assistência médica.

O problema é que quando o SAMU foi implantado o sistema de Urgência e Emergência Hospitalar já estava esgotado para o atendimento da demanda existente à época. O SAMU trouxe aumento excepcional na demanda de pacientes extremamente graves para os hospitais de referência, o que fez explodir a crise do setor no Brasil, ficando evidente a falta de profissionais de saúde em número suficiente para o atendimento nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, especialmente de médicos plantonistas e especialistas, a falta de regulação do sistema, a falta de estrutura de centro cirúrgico para atender a demanda, de enfermarias, de leitos de retaguarda a leitos de UTI, fazendo com que os doentes permaneçam intubados e em ventilação mecânica nas salas de reanimação dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, o que é uma agressão aos pacientes que, em um momento de risco extremo para suas vidas, não têm garantidas pelo Estado as condições mínimas de assistência médica que lhes possibilitem chances reais de sobrevivência.

O atendimento pré-hospitalar privado é de responsabilidade dos serviços particulares, que deverão ter Central de Regulação Médica e ambulâncias básicas e avançadas, em obediência à legislação existente. As Centrais de Regulação privadas se subordinam às públicas em caso de encaminhamento de pacientes da rede privada para a pública.

O atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deve ser analisado em três pontos principais:



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

1. As condições do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência;
2. As condições de trabalho do médico;
3. A “vaga zero”.

1. As condições do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência

São as piores possíveis, não apenas para os médicos, mas para todos os profissionais de saúde que trabalham no setor. No local existe superlotação de pacientes normalmente atendidos por uma equipe de saúde subdimensionada, gerando grande estresse em todos os profissionais, que trabalham além do limite físico e intelectual para bem atender aos pacientes, principalmente os médicos, que têm a maior responsabilidade na assistência aos doentes. Invariavelmente, as equipes médicas têm menos profissionais do que o necessário para o atendimento, condição que não é corrigida pelos administradores hospitalares ou gestores municipais ou estaduais.

Outro aspecto que precisa ser analisado é a forma de atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência. Hospitais de grande movimento atendem os pacientes na Emergência por ordem de chegada, sem que tenham implantado o Acolhimento com Classificação de Risco. Essa medida é necessária pois hierarquiza o atendimento, dando prioridade ao atendimento dos pacientes mais graves, assim evitando que doentes com agravos simples à saúde sejam atendidos antes daqueles com doenças de maior complexidade.

O Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência normalmente não têm o fluxo dos pacientes normatizado de acordo com a complexidade do atendimento. Isto compromete a assistência, além de tumultuar o ambiente, aumentando o estresse de toda a equipe e dos próprios pacientes. O fluxo predeterminado de acordo com o Acolhimento com Classificação de Risco é uma necessidade para a melhoria na assistência aos pacientes.

Normalmente não existe um médico responsável no setor que se preocupe com os aspectos administrativos do funcionamento do local, como a agilização na realização dos exames, preenchimento de prontuário, controle da passagem dos



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

plantões, na transferência ou recebimento de pacientes, na cobrança para que as interconsultas das especialidades sejam respondidas o mais rapidamente possível, na transferência de pacientes internados para os leitos de retaguarda nas enfermarias, na busca de leitos de UTI para os pacientes necessitados, no encaminhamento de pacientes para transferência pela Central de Regulação, entre outras ações de administração. Isto em nada contribui para a boa assistência aos pacientes, que têm seus tratamentos muitas vezes retardados, ou a permanência injustificadamente prolongada no setor, assim contribuindo para o tumulto e superlotação do local, com todas as consequências nefastas que possuem.

2. As condições de trabalho do médico

Estão muito longe da ideal, por várias razões: ser em ambiente insalubre, extremamente estressante, com estrutura física inadequada, agravada pela superlotação de pacientes; falta de segurança; má remuneração; jornada de trabalho massacrante; falta de medicações básicas; falta de médicos especialistas; regulação deficiente, sem ter para onde encaminhar doentes que necessitem de atendimento em hospital de maior complexidade; responsabilidade sobre pacientes internados no setor por falta de leitos de retaguarda ou UTI; responsabilidade por pacientes recebidos em “vaga zero”, sem ter a menor condição de bem atendê-los, para citar apenas alguns aspectos. Isto tudo faz com que os médicos que trabalham no setor se demitam assim que se estabilizam profissionalmente, provocando grande rotatividade dos profissionais, o que não é desejável, pois isto acontece quando já estão capacitados para atender no setor, sendo substituídos por jovens que terão que passar pela curva de aprendizado inerente ao trabalho em Emergência. Além disso, trabalhar no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência é colocar-se em risco constante para demandas éticas, legais e judiciais.

3. A “vaga zero”

A Portaria nº 2.048/02 do Ministério da Saúde atribui ao médico regulador do Sistema de Urgência e Emergência o grau de autoridade regulatória e determina que o mesmo não deve aceitar a inexistência de vagas nos hospitais de referência,



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

“mesmo na situação em que inexistam leitos vagos para a internação dos pacientes (a chamada “vaga zero” para internação)”. Assim, a portaria autoriza o médico regulador a encaminhar pacientes graves para hospitais de referência, mesmo que superlotados, sem vagas e sem a menor condição de atendimento.

A “vaga zero” trouxe grande problema para os médicos que atuam no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, pois quando os hospitais de referência estão superlotados, com as salas de emergência sem condição de atendimento, com pacientes graves em macas, no ventilador, sem assistência médica adequada e especializada, o sistema entra em colapso pois o médico regulador não tem para onde encaminhar os pacientes graves que estão nas UPAs, nos hospitais de menor porte, nas cidades do interior, ou aqueles atendidos pelo SAMU. Isto tem gerado conflitos entre os médicos do Sistema, conflitos esses agravados pelo fato de que a “vaga zero” tem sido sistematicamente banalizada pelo médico que encaminha o paciente, o que agrava as péssimas condições de atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência dos hospitais de referência.

A obrigatoriedade colocada pelo gestor federal de que uma instituição hospitalar seja obrigada a receber pacientes no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, mesmo que não tenha vaga, é o reconhecimento pelo governo da falência do Sistema de Urgência e Emergência no Brasil. Infelizmente, a chamada “vaga zero” é uma triste realidade no cotidiano dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. Por essa razão necessita ser normatizada, sendo definido quais são os pacientes elegíveis para transferência nesta situação.

Os desafios da política nacional para melhorar as condições do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência são: melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento primário; implantar hospitais de referência regionais; adequar as equipes de saúde dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência às necessidades da demanda, especialmente os médicos, com remuneração digna e sem excesso de carga horária; adequar a estrutura física dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência às necessidades de atendimento da demanda; estrutura física dos hospitais adequada; médicos especialistas na retaguarda; implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, no qual o paciente é atendido pela gravidade do quadro clínico que apresenta e não por ordem de chegada; campanhas



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

de prevenção para a epidemia do trauma; abertura imediata de novos leitos de UTI ou de unidade intermediária que permita a alta precoce de pacientes da UTI, assim possibilitando o acesso à UTI dos pacientes que hoje se encontram intubados e nos ventiladores dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, onde terão o atendimento adequado às suas necessidades, com maior chance de sobrevivência, comprometida na situação atual.

Por todo o exposto, faz-se necessária a elaboração de resolução pelo Conselho Federal de Medicina para que alguns dos aspectos abordados sejam normatizados.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

Relator