



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## **RESOLUÇÃO CFM nº 2.079/14**

Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades.

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 de UPAs e congêneres, tendo como objetivo o desempenho ético-profissional da medicina;

**CONSIDERANDO** as portarias nºs 1.601/11, 2.648/11, 2.820/11, 342/13, 104/14 e 106/14 do Ministério da Saúde, que estabelecem as diretrizes para a implantação e conjunto de serviços nas UPAs;

**CONSIDERANDO** que as Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as portas de urgências hospitalares, nas quais em conjunto com essas compõe uma organizada Rede de Atenção às Urgências;



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**CONSIDERANDO** que as UPAs e congêneres são integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração da Rede de Atenção às Urgências, com o estabelecimento de Acolhimento e Classificação de Risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;

**CONSIDERANDO** que a estratégia de atendimento das UPAs e congêneres está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência – SAMU que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação;

**CONSIDERANDO** que as UPAs e congêneres se tornaram porta de entrada no sistema de saúde aos pacientes sem acesso à atenção primária, que são parte integrante da rede de atenção em que estão localizados;

**CONSIDERANDO** a necessidade de quantificar e qualificar a equipe médica para atuar nas UPAs e congêneres, 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;

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

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

**CONSIDERANDO** que os hospitais devem disponibilizar referência de leitos aos pacientes em número suficiente para suprir a demanda de pacientes oriundos das UPAs e congêneres;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada no dia 14 de agosto de 2014,



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## **RESOLVE:**

**Art. 1º** Esta resolução se aplica às UPAs 24h e a todas as unidades 24h não hospitalares congêneres de atendimento às urgências e emergências, doravante denominadas UPAs.

**Art. 2º** Define-se como UPA o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde/Saúde da Família e a rede hospitalar, devendo com essas compor uma rede organizada de atenção às urgências.

**Art. 3º** Tornar obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para atendimento dos pacientes nas UPAs.

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

**Art. 4º** Todo paciente com agravo à saúde que tiver acesso à UPA saúde deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico.

**Art. 5º** Determinar, na forma do anexo desta resolução, o sistema de fluxo dos pacientes e as normas para quantificação da equipe médica necessária para trabalhar na UPA.

**Art. 6º** As diretorias clínica e técnica, bem como a direção administrativa, devem garantir qualidade e segurança assistencial ao paciente e ao médico na UPA, de acordo com o disposto no anexo desta resolução.

**Art. 7º** Tornar necessária a qualificação mínima dos profissionais médicos para o trabalho em UPAs, 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 preconizado pela portaria.

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



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**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 dever do médico plantonista da UPA dialogar com o médico regulador ou de outra instituição hospitalar sempre que for solicitado ou que solicitar a esses profissionais transferências, avaliações ou internação, fornecendo todas as informações com vistas a melhor assistência ao paciente.

**Art. 11.** Estabelecida a necessidade de maiores recursos diagnósticos e terapêuticos ou de internação do paciente atendido na UPA, o mesmo deve ter garantido pelo gestor o acesso aos serviços hospitalares para este fim.

**Art. 12.** O tempo máximo de permanência do paciente na UPA para elucidação diagnóstica e tratamento é de 24h, estando indicada internação após esse período, sendo de responsabilidade do gestor a garantia de referência a serviço hospitalar.

**Art. 13.** Pacientes instáveis, portadores de doenças de complexidade maior que a capacidade resolutiva da UPA, em iminente risco de vida ou sofrimento intenso, devem ser imediatamente transferidos a serviço hospitalar após serem estabilizados, se necessário utilizando a “vaga zero”.

**Art.14.** É vedada a permanência de pacientes intubados no ventilador artificial em UPAs, sendo necessária sua imediata transferência a serviço hospitalar, mediante a regulação de leitos.

**Art. 15.** É vedada a internação de pacientes em UPAs.

**Art. 16.** Os serviços de saúde de referência deverão disponibilizar atendimento para os pacientes encaminhados pelas UPAs, inclusive internação hospitalar, não devendo ser criadas barreiras de acesso aos mesmos uma vez constatada a necessidade.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**Art. 17.** O médico plantonista da UPA deverá acionar imediatamente o diretor técnico da unidade quando:

- a) Forem detectadas condições inadequadas de atendimento na UPA, com superlotação das salas de observação e/ou de estabilização, ou deficiências na estrutura física;
- b) Houver pacientes que necessitem de unidade de terapia intensiva ou necessidade de transferência para atendimento hospitalar, e não houver leito disponível na Rede;
- c) O médico plantonista da UPA não conseguir transferir paciente no fluxo do sistema de regulação de leitos.

**§ 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.

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

**Art. 18** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 14 de agosto de 2014

**ROBERTO LUIZ D’AVILA**  
Presidente

**HENRIQUE BATISTA E SILVA**  
Secretário-geral



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## **ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM nº 2.079/14**

### **1. Acolhimento com Classificação de Risco**

É obrigatória a implantação, nos ambientes das UPAs, de um sistema de classificação de pacientes de acordo com a gravidade do agravo à saúde que apresentam, 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 obrigatoriamente ser feita 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 à UPA, o acesso dos pacientes ao Setor de Classificação de Risco deve ser imediato. Assim, o tempo de espera para ser classificado deverá tender a zero, com os tempos de espera diferenciais para acesso ao médico 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 atendimento, e todos os setores devem estar cientes dessa definição. O bom uso da classificação afeta o fluxo e a qualidade assistencial dos pacientes no atendimento de emergência nas UPAs.

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.

### **2. Sistema de fluxo**

O acesso dos pacientes às UPAs se faz por demanda espontânea ou por meio de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência (SAMU,



CFM  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Corpo de Bombeiros). Os pacientes demandados de Serviços Pré-Hospitais 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 estabilização de pacientes graves. Os demais pacientes deverão passar pelo processo de Acolhimento com Classificação de Risco.

No fluxo geral do atendimento de urgência nas UPAs, após a Classificação de Risco, os pacientes poderão seguir três fluxos conforme sua 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 na UPA, de acordo com sua classificação.

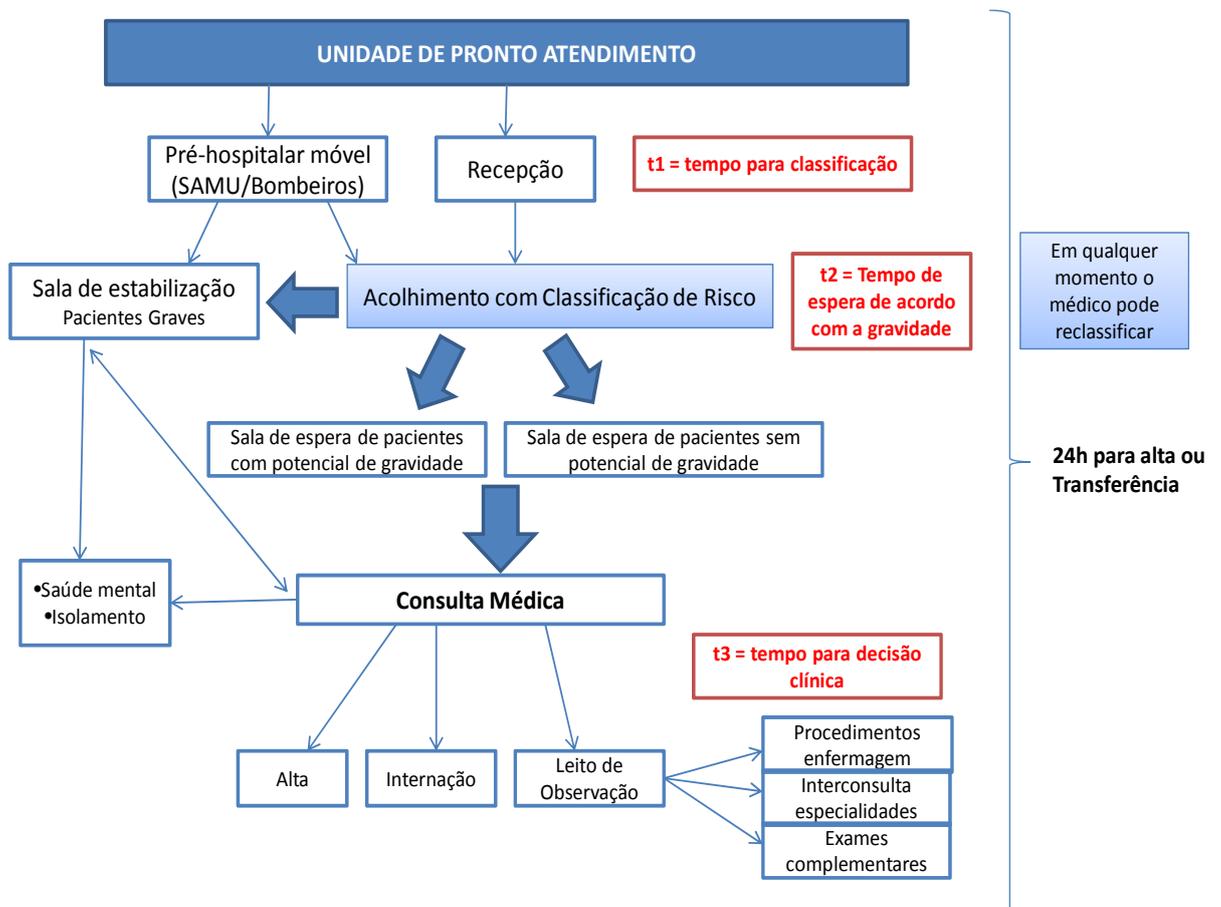


Figura 1. Algoritmo de fluxo do paciente na UPA.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Define-se como Sala de Estabilização a área física da UPA 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 da UPA onde são mantidos os pacientes que necessitem vigilância constante e possível intervenção imediata.

Define-se como Sala de Observação de Pacientes sem Potencial de Gravidade a área física da UPA onde são mantidos os pacientes que necessitem vigilância e acompanhamento médico intermitente.

Para os pacientes classificados como de máxima urgência, a sala de estabilização 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 estabilização.

Considerando que as UPAs 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.

### **3. Quantificação da equipe médica**

As UPAs têm suas dimensões projetadas conforme a responsabilidade de cobertura populacional que oferecem na organização regional, sendo classificadas pelas portarias do Ministério da Saúde em Porte I, II e III.

Para fins de dimensionamento do número de profissionais médicos necessários para o adequado atendimento nas UPAs, 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 estagiários ou de qualquer outra natureza que não os plantonistas e estudantes da graduação em Medicina não podem ser contabilizados como equipe médica



CFM  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

contratada para atendimento na UPA. 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 estabilização 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 da UPA que utilizarão este setor, onde os doentes 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 fica excluído qualquer outro médico que não participe do primeiro atendimento na UPA.

Assim, como exemplo para fins práticos, considerando uma UPA com 50.000 atendimentos anuais ( $\approx 4.167$  atendimentos/mês ou  $\approx 139$  atendimentos/dia ou  $\approx 6$  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 na UPA 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 na UPA.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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 na UPA que utilizarão este setor, onde poderão permanecer no máximo 24 horas.

A equipe de médicos plantonistas da UPA poderá se revezar nos diferentes setores de atendimento durante o turno do plantão.

#### **4. Qualidade e segurança assistencial ao paciente e ao médico nas UPAs**

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 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 nas UPAs são de responsabilidade do diretor administrativo e do gestor, cabendo ao diretor clínico e ao diretor técnico acioná-los formalmente, exigindo a garantia de qualidade e segurança assistencial aos pacientes e aos médicos da UPA. 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 e o gestor.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## **5. 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 sistemas estaduais 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 2.079/14**

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.

Existe deficiência em toda a Rede de Atenção às Urgências no Brasil, o que se reflete diretamente no componente hospitalar, gerando crise permanente no setor, cujas causas são multifatoriais. Entre as principais, estão: dificuldade de



CFM  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

acesso dos pacientes 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. A superlotação do componente hospitalar faz com que o caos seja disseminado de forma retrógrada na Rede de Atenção às Urgências, sendo as UPAs e o SAMU os mais prejudicados: as primeiras por também ficarem superlotadas com pacientes de alta complexidade que não conseguem encaminhar para os hospitais, e o SAMU por ter as macas retidas quando transportam pacientes para os hospitais, retirando as ambulâncias de circulação.

Essa situação aberrante tem levado gestores a tentar transformar as UPAs naquilo que não são, ou seja, hospitais. Em várias cidades brasileiras existem UPAs com salas de emergência equipadas com ventiladores, com pacientes intubados em ventilação mecânica, sendo mantidos no local sem a assistência médica que necessitam, pois as UPAs não são unidade de terapia intensiva. Além disso, outra corriqueira situação é o fato de pacientes graves, como, por exemplo, os com infarto agudo do miocárdio, serem mantidos em tratamento nas UPAs por



CFM  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

dias, sem serem transferidos para a rede hospitalar. Existem UPAs onde pacientes permanecem internados, em flagrante desrespeito a sua atividade-fim, que é prestar atendimento de complexidade secundária, sendo intermediária entre a atenção básica e a atenção hospitalar.

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 SAMU, como componente da Rede de Atenção às Urgências, é integrado às UPAs, delas se utilizando como referência para o tratamento de pacientes com agravos à saúde de pequena e média complexidade, mas também alguns de alta complexidade que necessitam ser estabilizados antes de ser transferidos para a rede hospitalar. No entanto, como os hospitais estão geralmente superlotados, sem condições de receber novos pacientes, o que ocorre é que pacientes de alta



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

complexidade acabam permanecendo nas UPAs, não tendo o tratamento que necessitam.

O atendimento nas UPAs deve ser analisado em três pontos principais:

1. As condições da UPA;
2. As condições de trabalho do médico;
3. A “vaga zero”.

### **1. As condições da UPA**

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 nas UPAs. Os pacientes são atendidos por ordem de chegada, sem que tenham implantado o Acolhimento com Classificação de Risco. Essa medida é necessária pois hierarquiza a assistência, 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.

As UPAs 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.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## **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; regulação deficiente, sem ter para onde encaminhar doentes que necessitem de atendimento em hospital de maior complexidade; responsabilidade sobre pacientes no setor por falta de leitos de retaguarda ou UTI. Tudo isso faz com que exista grande rotatividade dos médicos, 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 nas condições descritas 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, “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.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O 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 da Rede de Atenção às Urgências. Por essa razão necessita ser normatizada, sendo definido quais são os pacientes elegíveis para transferência nesta situação.

Alguns dos desafios da política nacional para melhorar as condições da Rede de Atenção às Urgências são: acesso da população à atenção básica e médicos especialistas para consultas eletivas, bem como a realização de exames complementares; preservar as UPAS para atendimento a pacientes com doenças de complexidade secundária; implantar hospitais de referência regionais; adequar as equipes de saúde na Rede de Atenção às Urgências 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 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 e UPAs, 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 a normatização do atendimento nas UPAs.

**MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO**

**Relator**