



**EXPEDIENTE CONSULTA Nº 206.437/11**

**ASSUNTO:** Critérios na prioridade de atendimento a pacientes em setor de urgência e emergência.

**RELATORA:** Cons.<sup>a</sup> Isa Urbano Bessa

**RELATORA DE VISTAS:** Cons.<sup>a</sup> Lícia M<sup>a</sup> Cavalcanti Silva

**EMENTA** – O médico que atua na função de plantonista, coordenador de plantão e ou coordenador de serviço de emergência, deve atender os pacientes de acordo com os critérios de classificação de risco, (gravidade) registrando em prontuário sua conduta médica. Os casos classificados como não graves podem ser encaminhados para atendimento na Rede Básica de Saúde.

**DA CONSULTA**

Médico plantonista em unidade de emergência, ou como coordenador de plantão de emergência ou como coordenador de emergência questiona qual a conduta que deve tomar para não ferir princípios éticos e legais, ao se deparar com a superlotação dos leitos, macas em corredores, dificultando a locomoção, inclusive, dos membros da equipe de trabalho, diante da chegada de novos pacientes graves e não graves? E ainda pergunta é possível orientar os não graves a esperarem vaga ou procurarem outra unidade de saúde?

**PARECER**

A superlotação hospitalar é um problema atual, importante, o que antes era incidente isolado, por exemplo, associado à epidemia de gripe, tornou-se uma experiência cotidiana. A superlotação é hoje comum em todos os hospitais, públicos e privados, nenhuma instituição está imune à superlotação.

À primeira vista, a superlotação foi considerada um fenômeno isolado, ligado ao pronto socorro. Entretanto, quanto mais os prestadores e pesquisadores do Sistema de Saúde mergulham em causas e soluções, mais a superlotação é percebida como um problema sistêmico. Em muitos casos, o próprio pronto socorro não é a causa, mas apenas a unidade mais vulnerável a entrar em pane. O debate sobre suas causas pode continuar por longo tempo, mas muitos concordam que ele é o resultado de uma série de fatores complexos, a maioria está relacionada a demandas de eficiência associadas ao aumento de expectativas, das quais listamos:

- A eficiência exigida dos hospitais os impele a operar na sua capacidade máxima, o que provoca uma carência de recursos, incluindo pessoal e equipamento, nas emergências.



- A eficiência exigida do sistema de saúde impele os pacientes a buscar atendimento no lugar mais acessível, o que resulta em uma carência de equipamentos e de *capacidade* de pessoal para cuidar dos pacientes de emergência.

- A eficiência exigida dos hospitais os impele a uma disponibilização máxima, da equipe, dos equipamentos e dos leitos (especialmente dos leitos monitorados), o que resulta em uma *flexibilidade* limitada para acomodar qualquer fluxo inesperado de pacientes, não apenas na emergência, mas em todo o hospital.

- A eficiência exigida dos médicos limita a sua disponibilidade para atender pacientes não-agendados ou até mesmo para retornar seus telefonemas, encorajando esses pacientes a buscar locais *alternativos*, principalmente os serviços de urgência/emergência.

- As crescentes *expectativas* dos pacientes focam-se na conveniência do serviço, incluindo atendimento assim que há necessidade e disponibilidade 24 horas do serviço de emergência, isso é exacerbado pela dificuldade dos pacientes de encontrar atendimento básico na comunidade.

É inquestionável que o numero de pacientes buscando cuidado, tratamento e serviços de Urgência/Emergência sobem progressivamente a cada dia.

Se a gravidade e a complexidade crescentes do paciente não são o principal fator na superlotação hospitalar, estão entre os três principais. Nos últimos anos, têm-se apresentado nas emergências pacientes mais doentes, com condições mais complexas. Uma razão fundamental para isso é, em parte, que o, padrão de tratamento e diagnóstico nos serviços de saúde de urgência /emergência continuam melhorar à medida que a tecnologia médica avança e melhores medicamentos são desenvolvidos. Como exemplo, pacientes com condições crônicas, como asma, são hoje comumente tratados e monitorados nas emergências durante várias horas antes de haver uma determinação para que sejam admitidos em um leito de internação ou liberados de volta para casa. Similarmente, pacientes que se apresentam com dor no peito podem permanecer nas emergências para ser monitorados durante várias horas antes de se tomar uma decisão sobre sua eventual internação. As pessoas também estão vivendo por mais tempo com doenças crônicas, como insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência renal, AIDS, hipertensão e diabetes. Os pacientes com condições crônicas tendem a requerer exames e tratamentos mais complexos.

O mesmo acontece com pacientes idosos: eles tendem a ter co-morbidades que requerem avaliações mais complicadas. Conseqüentemente, requerem mais tempo dos médicos e da enfermagem para que sejam diagnosticados e tratados, o que pode onerar uma unidade já sobrecarregada.

Os pacientes que não tem acesso a atendimento básico com preferência buscam tratamento nas urgências/emergências dos hospitais. A falta de resolubilidade dos serviços básicos a fragilidade, a inexistência da Rede de Serviços de Saúde ágil e eficaz contribuem significativamente para a superlotação das urgências/emergências dos hospitais.



Os critérios na prioridade de atendimento à pacientes na urgência/emergência, já estão normatizados pelo CFM, e Conselhos Regionais através de diversos Pareceres e Resoluções.

A Resolução CFM nº 1451/95 define em seu Art. 1º, parágrafos 1º e 2º a Urgência e a Emergência. Coloca a Urgência como ocorrência imprevista de agravos à saúde com ou sem risco potencial de vida, com necessidade de assistência médica imediata. Define Emergência como a constatação médica de condições de agravos à saúde que impliquem em risco iminente ou sofrimento intenso, exigindo, portanto tratamento médico imediato.

O parecer CREMEB 17/10 da lavra da Conselheira Sumaia Boaventura André, cita jurisprudência do STF na Representação 1056-2 DF, onde o Ministro Moreira Alves deixa claro ser do médico a responsabilidade da triagem médica, sendo ele o profissional que tem formação para “diagnosticar, avaliar, prognosticar, prescrever, programar, dosar, e até executar toda e qualquer técnica que vise o bem estar e a recuperação da saúde humana.”

O Parecer CREMERJ 222/06 orienta o atendimento médico na porta de entrada dos serviços de emergência explicitando em seu artigo 1º que “nos hospitais e serviços de emergências, todos os pacientes com agravos à saúde terão sua avaliação de risco efetuada pelo médico e serão encaminhados diretamente ao setor de emergência ou ao setor de atendimento de baixa complexidade (pronto atendimento)”.

A Política Nacional de Humanização (PNH), implementada a partir de 2003 pelo Ministério da Saúde, tem provocado discussão e proposição, com gestores, trabalhadores e usuários das três esferas de Governo, de alternativas nos modos de produzir a atenção e gestão em saúde, buscando superar algumas dificuldades existentes no processo de implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde. Entre as tecnologias que vem sendo desenvolvidas, o **Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR** ■ tem sido considerada uma estratégia de reorganização dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e também como desencadeadora de outras mudanças como a constituição de equipes de referência, a gestão compartilhada da clínica, a constituição de redes entre os vários serviços de saúde, a valorização do trabalho em saúde, e a participação de trabalhadores e usuários na gestão.

**O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde** de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um **atendimento com resolutividade e responsabilização**, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.



A estratégia de implantação da sistemática do **Acolhimento com Classificação de Risco** possibilita descontinar e desenvolver processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a re-significar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois a **produção de saúde é, necessariamente, um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos**. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, na perspectiva de diminuição do número de mortes evitáveis, seqüelas e internações

Importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde pôr meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, e deve traduzir-se em qualificação da produção de saúde complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar, de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. **Nesse sentido, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento.**

**A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco**, pressupõe a determinação **de agilidade no atendimento a partir da análiise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido**, do grau de necessidade do usuário, **proporcionando atenção centrada no nível de vulnerabilidade e não na ordem de chegada**. Desta maneira exerce-se uma análise (**Avaliação**) e uma ordenação (**Classificação**) da necessidade, buscando-se o atendimento de todos os usuários.

Estas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais disparem no processo de trabalho. Neste entendimento, **o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização do atendimento nas portas de entrada de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde.**

## **CONCLUSÃO**

Ministério da Saúde, como órgão deliberativo e normativo das Políticas de Saúde, instituiu o Acolhimento com Classificação de Risco como uma alternativa de modelo de atenção e gestão em saúde, entendida como um novo modo de pensar, agir e reorganizar os processos de trabalho, através de uma postura ética dos profissionais de saúde, proporcionando acesso aos usuários do SUS, eficácia clínica e a constituição de rede entre os vários serviços de saúde. É necessário que as diretrizes para elaboração dos protocolos, para a classificação de risco sejam observadas, avaliadas por cada serviço de saúde, ao longo do



processo de implantação deste modelo de assistência, e que sejam feitas as adequações com base nas experiências locais obtidas na prática da prestação dos serviços.

Assim, podemos afirmar que o passo inicial para amenizar a superlotação dos serviços de urgência/emergência deve ser a implantação do Acolhimento com Classificação de risco, seguidos de estratégias efetivas, como a importância do trabalho em equipe, do apoio da liderança, as noções de entrada, processamento e saída, ou seja, gerenciar o fluxo de pacientes. Necessariamente estamos falando da Gestão do acesso, do manejo da capacidade de oferta de leitos e da demanda de internação, da pré definição de papéis e responsabilidades para as diferentes situações, do monitoramento do serviço diagnóstico e terapêutico, particularmente do apoio e agilidade do laboratório, bem como do serviço de bioimagem. Tudo isto aliado a uma Gestão Clínica eficaz, onde a liderança médica, diretor técnico, coordenador médico, plantonista identifiquem-se com o gerenciamento dos leitos atentando para as definições do plano terapêutico de cada paciente, pelo estabelecimento de previsão de alta, e pelo acompanhamento do tempo médio de permanência. Todas estas ações contribuem para a mobilização da equipe multidisciplinar com consequente disponibilização dos leitos. E ainda instituindo sempre que possível os gestores da linha do cuidado dos pacientes clínicos, cirúrgicos e pediátricos. É desta forma que acreditamos ser possível amenizar os conflitos entre médicos, gestores e pacientes, é envolver os diversos atores na Gestão dos processos.

Finalizando e respondendo ao questionamento do consultante entendemos que é possível sim orientar pacientes não graves, com os riscos devidamente classificados, orientá-los a outros serviços mais simples e até mesmo aprazá-los para a Rede Básica e ainda usar a Central de Regulação quando for o caso.

É o parecer, Salvo Melhor Juízo!

Salvador, 10 de janeiro de 2013.

**Cons.ª Lícia Mª Cavalcanti Silva**

Relatora de Vistas