

O CONCEITO DE “VAGA ZERO” NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SUS

Airton dos Santos Filho (MD), Pérciles Dourado (BM, Msc)

Alessandra Lima (CD, Msc, PhD)

20 de novembro de 2020

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída no Brasil em 2003, pelo Ministério da Saúde, definindo os componentes pré-hospitalares (fixos e móveis), hospitalares e pós-hospitalares de atenção às urgências, bem como as centrais de regulação médica. Estas, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS, teriam como missão ordenar e articular os fluxos entre os diferentes pontos de atenção às urgências (BRASIL, 2003).

Em 2011, tendo em vista a superlotação de prontos-socorros e o impacto na saúde pública do país, o Ministério da Saúde (MS) reformula essa política, dentro da lógica de ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção no SUS por meio da implantação de redes temáticas, instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE (BRASIL, 2011). A RUE é uma rede complexa, composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta de todas as ações necessárias aos atendimentos de urgência. Desse modo é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Dentre as diretrizes que norteiam a implementação da RUE, estão a integralidade e regionalização da atenção, classificação de risco e a regulação do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Entretanto, estas diretrizes não estão sendo cumpridas em sua totalidade nos grandes centros urbanos. Um fenômeno frequentemente observado nas UPA's tem sido o longo tempo de espera do paciente pela disponibilização de leitos, seja de UTI ou enfermaria, extrapolando o período de observação de 24 horas preconizado na legislação para estabilização clínica e elucidação diagnóstica (KONDER et al, 2019). Sobre este tema, o parecer número 8/2014 do CREMEGO estabelece que não cabe ao médico solicitante especificar data ou prazo máximo que o paciente pode aguardar a liberação de vaga quando esse atendimento for solicitado ao sistema regulador do SUS. Esse é um atributo do médico regulador que deverá obedecer aos princípios bioéticos da beneficência, não maleficência e justiça social. Os casos de urgência e emergência, quando diagnosticados pelo médico regulador, prescindem de prazos para atendimento médico hospitalar. Já o cumprimento dos prazos cabe ao gestor público (CREMEGO, 2014).

Dificuldades de transferência e negativas de atendimento, sob a alegação de esgotamento da capacidade instalada, são frequentes na prática diária dos profissionais que atuam nos diferentes pontos de atenção da RUE (PEREIRA, 2011). Tal situação acaba gerando alguns conflitos entre médico solicitante e médico regulador, gestor hospitalar, transporte entre outros.

No intuito de minimizar a ocorrência destes problemas, surge a Portaria 2.048/2002 do Ministério da Saúde, que regulamenta o funcionamento das urgências no SUS. Esta portaria estabelece princípios e diretrizes, normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, regulação médica de urgências e emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte e ainda a criação de núcleos de educação em urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2002). O capítulo 2 do anexo desta portaria trata exclusivamente sobre o tema Regulação Médica das Urgências e Emergências. E define que as Centrais de Regulação devem ser o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

Ao médico regulador cabem competências técnicas como a capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para a necessidade dos pacientes. Existem ainda as funções gestoras do médico regulador, ou seja, tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento. Assim o médico regulador deve:

- decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “**vaga zero**” para internação).
- decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência.

Entretanto a mesma Portaria 2.048/2002 atribui ao serviço médico receptor a função de comunicar quando esgotada a capacidade de atendimento da unidade de saúde. Dentre as responsabilidades e atribuições do serviço/médico receptor:

- garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da central de regulação médica de urgências;
- informar imediatamente à Central de Regulação se os recursos diagnósticos ou terapêuticos da unidade atingirem seu limite máximo de atuação.

O dilema surge pois esta normativa não esclarece o que pode ser considerado como capacidade instalada ou limite máximo de atuação. A atribuição de identificar se já esgotada a capacidade máxima de atendimento na unidade de saúde é do médico receptor, especialista na matéria, que avaliando os diversos componentes envolvidos, pode averiguar se mais pacientes recebidos impactarão no tratamento daqueles que já se encontram em atendimento no serviço (PEREIRA, 2011).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) se posicionou acerca deste tema através de 02 (duas) resoluções: 2110/2014 e 2077/2014.

A Resolução 2110/2014 estabelece em seus artigos 14 e 15:

Art. 14. Vaga zero é prerrogativa e responsabilidade exclusiva do médico regulador de urgências, e este 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.

Art. 15. O médico regulador no caso de utilizar o recurso “vaga zero”, deverá obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico como médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento.

A Resolução 2077/2014 aborda esta temática nos artigos 17 e 18:

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.

§ 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.

Ressalta-se a importância entre a comunicação clara e efetiva entre os profissionais médicos dos diferentes pontos de atenção, sobretudo médico regulador e médico receptor. Alguns protocolos operacionais, como o do SAMU de Sorocaba-SP, consideram como “absoluta” a necessidade de contato prévio, pelo médico regulador com o serviço de destino do paciente, para informar previsão de chegada e eventuais recursos que serão necessários ao caso, em especial com os serviços de acesso direto, ou quando da utilização da “vaga zero” (SAMU SOROCABA, 2016).

O mesmo protocolo estabelece ainda as seguintes recomendações:

- Realização de relatório pormenorizado do paciente pelo médico solicitante, incluindo exames, terapêuticas e recursos solicitados; assim como garantir que sejam providenciadas todas as medidas necessárias à manutenção das condições ventilatórias e hemodinâmicas do paciente;
- Avaliação pelo médico intervencionista, informando ao médico regulador as condições clínicas e riscos de transporte, de forma a se avaliar a viabilidade do transporte;
- Em geral, não deve ser utilizado o critério de “vaga zero” para:
 - Paciente terminais;
 - Avaliações de especialidades sem risco de perda de função ou comprometimento vital de órgãos, com possibilidade de avaliação e acompanhamento ambulatorial;
 - Avaliação radiológica;
 - Imobilização primária;
 - Avaliação imediata de neurologia em TCE sem alteração clínica e/ou radiológica;
 - Pacientes que necessitem de observação prolongada;
 - Suturas simples;
 - Troca de sondas.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 2077/2014. CFM, 2014. Acesso em 20/11/2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 2110/2014. CFM, 2014. Acesso em 20/11/2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS. Parecer 8/2014. CREMEGO, 2014. Acesso em 20/11/2020.

KONDER M et al. As Unidades de Pronto Atendimento como unidade de internação: fenômeno do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2019. Acesso em 20/11/2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1863/2003. Brasil, 2003. Acesso em 20/11/2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1600/2011. Brasil, 2011. Acesso em 20/11/2020.



Subsecretaria de Saúde
Gerência de Informações Estratégicas em Saúde
CONECTA-SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2048/2002. Brasil, 2002. Acesso em 20/11/2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 2013. Acesso em 20/11/2020.

PEREIRA MR. A negativa de atendimento no âmbito da Política Nacional de Atenção às Urgências na Saúde: uma análise da tese da reserva do possível à luz das contribuições de Luhmann. 2011. Acesso em 20/11/2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOROCABA-SP. Protocolo Operacional Padrão SAMU Regional Sorocaba. 2016. Acesso em 20/11/2020.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde

