

21 tópicos para entrar na análise e enfrentamento da Superlotação dos Serviços Hospitalares de Urgências – SHU

Dr. Armando De Negri Filho

Gestor do LIGRESS – Hcor

Coordenador Geral da RBCE

1. Entender a superlotação implica o reconhecimento que determinados recursos, neste caso os dispostos nos SHU, são insuficientes para atender no tempo adequado e de forma qualificada e resolutiva o número e / ou o perfil de necessidades dos cidadãos/sujeitos de direitos que buscam aí a solução para os seus problemas.
2. Partindo da premissa de que cada cidadão é um sujeito de direitos, o atendimento as suas necessidades fora do tempo para o melhor resultado assistencial, com prejuízos evidentes em termos de sobre-mortalidade e co-morbidades, representa uma violação aos direitos humanos e repetindo-se diariamente caracteriza uma violação sistemática e massiva dos direitos humanos. Na urgência se apresenta o imperativo da necessidade humana de cada paciente, não nos cabe questioná-la, temos que responder a sua necessidade.

Os direitos humanos pressupõem universalidade, integralidade e igualdade mediante a equidade na aplicação da lei...

3. A superlotação, the *overcrowding*, *la saturacion*, *la congestion* dos serviços de atenção as urgências são fenômenos observados pelo mundo afora e que encontram nessas equivalências linguísticas a mesma expressão da desproporção ou inadequação entre necessidades e ofertas nos sistemas de saúde.
A existência de um SHU pressupõe que exista um hospital que atende agudos que o ampara, suporta com recursos diagnósticos e terapêuticos e viabiliza a internação da pacientes.
4. Existe uma demanda crescente em todo o mundo pelos serviços hospitalares de urgências, as explicações para isso podem ser variadas e combinadas em cada realidade, desde a transição demográfica com maior envelhecimento e mais agudizações em uma população que vive mais e aumenta a carga de doença com uma cronicidade muitas vezes precoce, até a pressão de acidentes e violências em um mundo urbano superpovoado e muito desigual. Ou seja é um fenômeno estruturado e que veio para ficar, está na hora de afinar estratégias e estruturas para ajustar-nos a esta necessidade social. Países mais igualitários e com sistemas de saúde e de proteções sociais mais sólidos e disseminados tem maior possibilidade de vencerem este desafio.

5. Cerca de 50 a 60% da população pode utilizar serviços de atenção a agudos/ agudizados a cada ano. Este volume pode ser distribuído em uma rede de serviços, porém será importante calcular se o volume esperado de demandas derivadas das necessidades populacionais serão suficientemente respondidos pelo volume e natureza dos serviços disponíveis.

Necessitamos entender a economia política das urgências, entender como se produzem e são distribuídos para as populações nos seus territórios os serviços de atenção às urgências. Mas afinal que volume esperado de consumo de urgências se espera em uma população? Partamos do princípio que temos que saber quanto cada paciente consumirá em tempo / profissional em cada estrutura assistencial para então dimensionar a força de trabalho necessária, assim como o faremos no tempo das máquinas e dos espaços assistenciais... SEMES Espanha assume que cada paciente consome 0,33 hora médico nas urgências ou seja cada médico atenderia três pacientes / hora em uma distribuição de demanda anualizada...

6. Pensemos o sistema de saúde como um círculo e não como uma pirâmide, qualquer lugar de entrada é, por definição, bom para o paciente se ele obtém a partir desse ponto a sua localização na dimensão do sistema que melhor o atender em relação às suas necessidades. A oportunidade de um diagnóstico e tratamento precoces e adequados justifica acolhermos e respondermos às necessidades da população em qualquer lugar do sistema. O que se costuma chamar de medicina antecipatória, de oportunidade de vínculo ou de prevenção em vários níveis de intervenção...
7. A saturação ou superlotação dos SHU representam a ausência de fluxo para a demanda que os busca. Ausência de fluxo representa a quebra do paradigma do tempo que rege o conceito de urgência – onde cada urgência se define em seu grau conforme o lapso de tempo que suporta sem alterar o status da necessidade, ou seja a urgência requer de um tempo definido para a melhor resolução da condição aguda primária ou agudizada no marco de condição pré-existente ou cronicidade que se apresente.
8. Atender no tempo adequado conforme definido pelo grau de urgência, permite intervir na evolução da gravidade ou do chamado risco de morte ou perdas permanentes de autonomia e na complexidade, ou seja no consumo crescente de recursos. O primado do TEMPO é que rege a atenção às urgências. Quando este tempo não flui, quando não há fluxo e os pacientes ficam detidos nas urgências em lugar de seguir seu rumo diagnóstico e terapêutico, se constitui a superlotação.

9. Portanto a superlotação representa o excesso de demanda em relação à capacidade de oferta em um determinado ponto do sistema ou em todo ele em um determinado tempo. Como podemos verificar esta saturação pontual ou sistêmica? Calculando as necessidades totais e comparando com as ofertas totais e verificando seus níveis de desempenho em tempo requerido para uma atenção qualificada e segura com altos níveis de resultado assistencial, ou seja com o paciente / sujeito de direitos no centro de nossa preocupação.
10. Precisamos pois volume de oferta adequada e um ritmo de produção conforme necessidades, hoje temos em geral falta de oferta e um desempenho insuficiente do existente.
11. O volume de oferta precisa ser calculado segundo a demanda já constituída e segundo os perfis de classificação dos pacientes que gerem número e perfil da atenção para poder publicar os fractais de tempo, nos quais cada categoria de urgência terá um tempo máximo de espera e isto se repetirá em cada fragmento de tempo de seu percurso no processo assistencial de paciente agudo. Nenhum paciente classificado pode ir embora sem ser visto por médico, pacientes que abandonam a espera são sinal de fracasso para o serviço.
12. A condição de agudo ou agudizado representa um hiato, a ruptura de um determinado status de autonomia do paciente, enquanto perdura este hiato ou ruptura, ou até o momento que assumimos que é irreparável, o paciente perdura com seu status de agudo, isto implica que ele tem que encontrar seu espaço definido de agudo nos recursos hospitalares de atenção e no caso de definido seguimento ambulatorial para manejo da sua condição aguda protegida ou de subagudo sob controle.
13. A superlotação necessita ser reconhecida materialmente: qualquer paciente que fique mais de 12 horas no SHU, qualquer paciente em macas, cadeiras, pisos esperando o que for fora do parâmetro de tempo estabelecido – para atenção médica, para exames laboratoriais ou de imagem, para intervenção cirúrgica, para uma consulta de especialistas, para hospitalização ou mesmo para um procedimento administrativo de alta ou transporte constitui uma violação do compromisso de tempo fluido dos SHU e portanto é causa funcional de superlotação.
14. Isto implica que é terminantemente excluída a internação de pacientes nos SHU e que a permanência nas salas de reanimação / estabilização não pode ultrapassar 4 horas.
15. Mas afinal quais são as causas da superlotação ... se há muitas pessoas buscando atenção nos SHU isto aponta a um problema do sistema de saúde... se há muita gente esperando hospitalização isto aponta para um problema no hospital ou nos serviços hospitalares... necessitas consertar teu hospital para resolver a superlotação do SHU... mais de 85% de

ocupação de seus leitos levará a superlotação do SHU... mais de 12 horas de permanência dos pacientes em geral no SHU também, os australianos trabalham com 4 horas como máximo... necessitam separar os pacientes de menor potencial de gravidade e definir um fast track de medicina geral ou familiar, e os de maior potencial de gravidade com fast track específico para suas necessidades... Arrumar o hospital...

16. O SHU tem que ser uma plataforma de distribuição dos pacientes no sistema, não um para-raios...
17. Um painel de controle permanente no SHU com um espelho de leitos da instituição permitirá construir um gerenciamento estrito dos tempos e resultados, instituir uma chefia executiva do SHU e um gerente ou czar de fluxos de hospitalização, com uma autoridade delegada para desobstruir processos é fundamental.
18. O painel desenvolvido pelo HCor / TOTVS serve para o mapeamento dos pontos de controle temporais para cada categoria de paciente urgente.
19. A alta dos pacientes, com pré alta, nota de alta, sala de altas, etc. é fundamental para o fluxo de saída do SHU e do Hospital.
20. Monitorar a evolução do volume e dos tempos de espera, assim como da mortalidade evitável e eventos adversos e comorbidades do processo assistencial, permite assumir o controle dos tempos dilatados e das saturações setoriais para evitar superlotação. Este monitoramento ganha em dinamismo se incluir auditoria de prontuários, controle dos leitos e seu uso – lembrem não mais que 85% de ocupação e uma taxa de permanência de até 6 dias na mediana permitem uso adequado dos recursos de internação de agudos e, de até 12 horas de permanência no SHU garantem dinamismo de fluxos. Um bom software bem usado no SHU se torna fundamental, particularmente se estiver conectado com o controle de fluxo geral das urgências na região e com o controle de leitos do hospital, permitindo autoridade de internação pelos médicos do SHU mediante o *czar* de leitos ou gerente de fluxo. Mas mesmo sem software se pode controlar tempos e fluxos, temos que fazer a trabalho requerido.
21. Estão vocês preparados para olhar o seu SHU de outra forma, eliminando a naturalização da superlotação e dos tempos indefinidos? Estão prontos para dimensionar o seu serviço para dar conta da sua demanda já estruturada na sua porta e abrir para o debate das necessidades sufocadas pela escassez da oferta? Estão prontos para assumir os territórios /populações que lhes competem em diferentes redes de atenção? Estão motivados a

incorporar indicadores de qualidade e segurança no seu cotidiano de SHU e do hospital de agudos?

São Paulo, fevereiro 2014

21 tópicos para entrar na análise e enfrentamento da Superlotação dos Serviços Hospitalares de Urgências – SHU

Dr. Armando De Negri Filho

Gestor do LIGRESS – Hcor

Coordenador Geral da RBCE

1. Entender a superlotação implica o reconhecimento que determinados recursos, neste caso os dispostos nos SHU, são insuficientes para atender no tempo adequado e de forma qualificada e resolutiva o número e / ou o perfil de necessidades dos cidadãos/sujeitos de direitos que buscam aí a solução para os seus problemas.
2. Partindo da premissa de que cada cidadão é um sujeito de direitos, o atendimento as suas necessidades fora do tempo para o melhor resultado assistencial, com prejuízos evidentes em termos de sobre-mortalidade e co-morbidades, representa uma violação aos direitos humanos e repetindo-se diariamente caracteriza uma violação sistemática e massiva dos direitos humanos. Na urgência se apresenta o imperativo da necessidade humana de cada paciente, não nos cabe questioná-la, temos que responder a sua necessidade.

Os direitos humanos pressupõem universalidade, integralidade e igualdade mediante a equidade na aplicação da lei...

3. A superlotação, the *overcrowding*, *la saturacion*, *la congestion* dos serviços de atenção as urgências são fenômenos observados pelo mundo afora e que encontram nessas equivalências linguísticas a mesma expressão da desproporção ou inadequação entre necessidades e ofertas nos sistemas de saúde.
A existência de um SHU pressupõe que exista um hospital que atende agudos que o ampara, suporta com recursos diagnósticos e terapêuticos e viabiliza a internação da pacientes.
4. Existe uma demanda crescente em todo o mundo pelos serviços hospitalares de urgências, as explicações para isso podem ser variadas e combinadas em cada realidade, desde a

transição demográfica com maior envelhecimento e mais agudizações em uma população que vive mais e aumenta a carga de doença com uma cronicidade muitas vezes precoce, até a pressão de acidentes e violências em um mundo urbano superpovoado e muito desigual. Ou seja é um fenômeno estruturado e que veio para ficar, está na hora de afinar estratégias e estruturas para ajustar-nos a esta necessidade social. Países mais igualitários e com sistemas de saúde e de proteções sociais mais sólidos e disseminados tem maior possibilidade de vencerem este desafio.

5. Cerca de 50 a 60% da população pode utilizar serviços de atenção a agudos/ agudizados a cada ano. Este volume pode ser distribuído em uma rede de serviços, porém será importante calcular se o volume esperado de demandas derivadas das necessidades populacionais serão suficientemente respondidos pelo volume e natureza dos serviços disponíveis.

Necessitamos entender a economia política das urgências, entender como se produzem e são distribuídos para as populações nos seus territórios os serviços de atenção as urgências. Mas afinal que volume esperado de consumo de urgências se espera em uma população? Partamos do princípio que temos que saber quanto cada paciente consumirá em tempo / profissional em cada estrutura assistencial para então dimensionar a força de trabalho necessária, assim como o faremos no tempo das máquinas e dos espaços assistenciais... SEMES Espanha assume que cada paciente consome 0,33 hora médico nas urgências ou seja cada médico atenderia três pacientes / hora em uma distribuição de demanda anualizada...

6. Pensemos o sistema de saúde como um círculo e não como uma pirâmide, qualquer lugar de entrada é, por definição, bom para o paciente se ele obtém a partir desse ponto a sua localização na dimensão do sistema que melhor o atender em relação as suas necessidades. A oportunidade de um diagnóstico e tratamento precoces e adequados justifica acolhermos e respondermos as necessidades da população em qualquer lugar do sistema. O que se costuma chamar de medicina antecipatória, de oportunidade de vínculo ou de prevenção em vários níveis de intervenção...
7. A saturação ou superlotação dos SHU representam a ausência de fluxo para a demanda que os busca. Ausência de fluxo representa a quebra do paradigma do tempo que rege o conceito de urgência – onde cada urgência se define em seu grau conforme o lapso de tempo que suporta sem alterar o status da necessidade, ou seja a urgência requer de um tempo definido para a melhor resolução da condição aguda primária ou agudizada no marco de condição pré-existente ou cronicidade que se apresente.

8. Atender no tempo adequado conforme definido pelo grau de urgência, permite intervir na evolução da gravidade ou do chamado risco de morte ou perdas permanentes de autonomia e na complexidade, ou seja no consumo crescente de recursos. O primado do TEMPO é que rege a atenção as urgências. Quando este tempo não flui, quando não há fluxo e os pacientes ficam detidos nas urgências em lugar de seguir seu rumo diagnóstico e terapêutico, se constitui a superlotação.
9. Portanto a superlotação representa o excesso de demanda em relação à capacidade de oferta em um determinado ponto do sistema ou em todo ele em um determinado tempo. Como podemos verificar esta saturação pontual ou sistêmica? Calculando as necessidades totais e comparando com as ofertas totais e verificando seus níveis de desempenho em tempo requerido para uma atenção qualificada e segura com altos níveis de resultado assistencial, ou seja com o paciente / sujeito de direitos no centro de nossa preocupação.
10. Necessitamos pois volume de oferta adequada e um ritmo de produção conforme necessidades, hoje temos em geral falta de oferta e um desempenho insuficiente do existente.
11. O volume de oferta precisa ser calculado segundo a demanda já constituída e segundo os perfis de classificação dos pacientes que gerem numero e perfil da atenção para poder publicar os fractais de tempo, nos quais cada categoria de urgência terá um tempo máximo de espera e isto se repetirá em cada fragmento de tempo de seu percurso no processo assistencial de paciente agudo. Nenhum paciente classificado pode ir embora sem ser visto por médico, pacientes que abandonam a espera são sinal de fracasso para o serviço.
12. A condição de agudo ou agudizado representa um hiato, a ruptura de um determinado status de autonomia do paciente, enquanto perdura este hiato ou ruptura, ou até o momento que assumimos que é irreparável, o paciente perdura com seu status de agudo, isto implica que ele tem que encontrar seu espaço definido de agudo nos recursos hospitalares de atenção e no caso de definido seguimento ambulatorial para manejo da sua condição aguda protegida ou de subagudo sob controle.
13. A superlotação necessita ser reconhecida materialmente: qualquer paciente que fique mais de 12 horas no SHU, qualquer paciente em macas, cadeiras, pisos esperando o que for fora do parâmetro de tempo estabelecido – para atenção médica, para exames laboratoriais ou de imagem, para intervenção cirúrgica, para uma consulta de especialistas, para hospitalização ou mesmo para um procedimento administrativo de alta ou transporte constitui uma violação do compromisso de tempo fluido dos SHU e portanto é causa funcional de superlotação.

14. Isto implica que é terminantemente excluída a internação de pacientes nos SHU e que a permanência nas salas de reanimação / estabilização não pode ultrapassar 4 horas.
15. Mas afinal quais são as causas da superlotação ... se há muitas pessoas buscando atenção nos SHU isto aponta a um problema do sistema de saúde... se há muita gente esperando hospitalização isto aponta para um problema no hospital ou nos serviços hospitalares... necessitas consertar teu hospital para resolver a superlotação do SHU... mais de 85% de ocupação de teus leitos levará a superlotação do SHU... mais de 12 horas de permanência dos pacientes em geral no SHU também, os australianos trabalham com 4 horas como máximo... necessitas separar os pacientes de menor potencial de gravidade e definir um fast track de medicina geral ou familiar, e os de maior potencial de gravidade com fast track específico para suas necessidades... Arrumar o hospital...
16. O SHU tem que ser uma plataforma de distribuição dos pacientes no sistema, não um para-raios...
17. Um painel de controle permanente no SHU com um espelho de leitos da instituição permitirá construir um gerenciamento estrito dos tempos e resultados, instituir uma chefia executiva do SHU e um gerente ou czar de fluxos de hospitalização, com uma autoridade delegada para desobstruir processos é fundamental.
18. O painel desenvolvido pelo HCor / TOTVS serve para o mapeamento dos pontos de controle temporais para cada categoria de paciente urgente.
19. A alta dos pacientes, com pré alta, nota de alta, sala de altas, etc. é fundamental para o fluxo de saída do SHU e do Hospital.
20. Monitorar a evolução do volume e dos tempos de espera, assim como da mortalidade evitável e eventos adversos e comorbidades do processo assistencial, permite ir assumindo o controle dos tempos dilatados e das saturações setoriais para evitar superlotação. Este monitoramento ganha em dinamismo se incluir auditoria de prontuários, controle dos leitos e seu uso – lembrem não mais que 85% de ocupação e uma taxa de permanência de até 6 dias na mediana permitem uso adequado dos recursos de internação de agudos e, de até 12 horas de permanência no SHU garantem dinamismo de fluxos. Um bom software bem usado no SHU se torna fundamental, particularmente se estiver conectado com o controle de fluxo geral das urgências na região e com o controle de leitos do hospital, permitindo autoridade de internação pelos médicos do SHU

mediante o *czar* de leitos ou gerente de fluxo. Mas mesmo sem software se pode controlar tempos e fluxos, temos que fazer a trabalho requerido.

21. Estão vocês preparados para olhar o seu SHU de outra forma, eliminando a naturalização da superlotação e dos tempos indefinidos? Estão prontos para dimensionar o seu serviço para dar conta da sua demanda já estruturada na sua porta e abrir para o debate das necessidades sufocadas pela escassez da oferta? Estão prontos para assumir os territórios /populações que lhes competem em diferentes redes de atenção? Estão motivados a incorporar indicadores de qualidade e segurança no seu cotidiano de SHU e do hospital de agudos?

São Paulo, fevereiro 2014