

A crise dos Serviços Hospitalares de Urgências no Brasil: elementos para uma agenda transformadora em prol dos direitos humanos

Dr. Armando De Negri Filho, Coordenador Geral da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências - RBCE

Os serviços hospitalares de atenção às urgências são o espelho da alma de um sistema de saúde, refletem o seu estado de animo frente ao sofrimento como expressão dramática da necessidade humana e a face bondosa ou cruel com que o mesmo sistema acolhe ou não esta expressão essencial do direito humano a vida.

Um sistema organizado em torno às necessidades humanas e, portanto, aos direitos humanos não pode conviver com serviços de urgências hospitalares superlotados, onde a oportunidade perdida do atendimento resulta em mortes evitáveis e sequelas irreparáveis, além de prejuízo econômico para os indivíduos, suas famílias e para o estado.

Se os SHU – serviços hospitalares de urgências forem regidos pelo direito humano a saúde preconizado pela Constituição Brasileira de 1988, portanto se cumprirem a Lei Maior da República, não podem sistematicamente incorrer na oferta de serviços fora do tempo adequado a necessidade de cada paciente, não podem contribuir para a sobremortalidade nem para a instalação de morbidades derivadas do não atendimento ou do atendimento fora do tempo clinicamente recomendado. Portanto os serviços de urgências para cumprirem sua função de serviço ao público tem que cumprir os elementos constitutivos da doutrina do direito humano, quais sejam os da universalidade – todas e todos serão atendidos, o que implica carga de trabalho suficiente disposta em serviços em quantidade suficiente para atender com qualidade, segurança e em tempo hábil as necessidades dos cidadãos em qualquer parte do território nacional; o da integralidade, o que implica que todas as necessidades serão acolhidas e tratadas sem exclusões ou exceções, implicando em um sistema que se oriente pelo princípio da integralidade em sua expressão combinada de serviços, entre os quais o paciente circulará de forma protegida, em tempo adequado para suas necessidades e; o princípio da igualdade onde não poderá haver diferenças de processos e resultados assistenciais derivados de disposição de recursos que caracterizem privilégios, ou seja a distinção entre classes sociais derivada do acesso a serviços privados ou do SUS não pode ser aceito como condição natural, posto que todos SHU brasileiros teriam que atender nos mesmos tempos clinicamente seguros com os mesmos recursos e com mesmo potencial de resultados frente as necessidades equivalentes dos seus pacientes.

Universalidade, integralidade e igualdade são princípios claramente explicitados em nossa Constituição Federal, mas que parecem ausentes no planejamento, gestão, avaliação e regulação da maioria dos SHU do Brasil.

Há que se dizer que o tema dos SHU e da atenção às urgências já esteve mais invisibilizado em tempos passados, e há que se reconhecer que desde o final dos anos 90 foi ganhando maior presença e destaque a política nacional das urgências graças ao denodo de ativistas da área que projetaram as urgências como tema de política pública e, graças à sensibilidade dos governantes que entenderam a dimensão e importância da atenção às urgências.

Assim foi que ganhou projeção no debate público a necessidade de organizar políticas e sistemas de atenção às urgências no País, resultado de profícuas cooperações técnicas com a França, Espanha e outros países, materializando-se a decisão na portaria MS 2048/2002 que institui doutrina e desenho geral de política e sistema e foi operacionalizada nas portarias que se sucederam instituindo a política nacional de atenção às urgências e lançando o SAMU como primeiro componente do sistema nacional, introduzindo a regulação médica das urgências como elemento ordenador da resposta urgente. Hoje é fato cotidiano a importância do SAMU como resposta às urgências e fator de segurança para as populações. Já mais recentemente a implantação das UPAs introduziu o ordenamento do pré-hospitalar fixo não hospitalar, no entanto, ficamos devendo a incorporação da base ética e da cultura organizacional da atenção às urgências e assim ficamos a margem de muitas discussões estratégicas que afetam a organização dinâmica e as exigências contemporâneas que estão na agenda dos serviços de urgências no marco dos sistemas universais de saúde, onde se destacam o tempo de espera e de atendimento, os resultados assistenciais em termos de recuperação da autonomia dos pacientes, qualidade e segurança dos procedimentos. O ambiente mais afetado por este afastamento do debate organizacional internacional das urgências foi o ambiente dos serviços hospitalares, ainda geralmente identificados como pronto socorros, que estão presos em um debate circular onde a improvisação ainda domina e persiste um senso comum que localiza na atenção primária a razão da sobrecarga de pacientes, exonerando assim o próprio hospital do fato de estar mal organizado e dimensionado para a tarefa crescente de atenção de pacientes agudos e agudizados em uma sociedade que se urbaniza de forma socialmente precária em passo acelerado e sofre de um envelhecimento populacional combinado com alta carga de doenças crônicas.

Com a oportunidade aberta pelo envolvimento direto da Presidência da República, com o anúncio em cadeia nacional de rádio e televisão do Programa SOS Emergência, reconhecendo o problema da superlotação das urgências e assumindo a responsabilidade governamental com a sua resolução, estamos obrigados a enfrentar o problema como sociedade e fazer nossa parte aprofundando o conhecimento e as transformações que um problema de tal magnitude social merece e apoiando a escala resolutiva que se exige em um País continental.

Nossa primeira colaboração reside na definição correta do problema da superlotação. Frequentemente explicado como um problema de baixa cobertura e insuficiente resolução dos serviços de atenção primária, esta explicação termina por esconder a totalidade do problema e sobretudo ignora o fato de que a superlotação é um fenômeno complexo de natureza essencialmente hospitalar.

Isto porque o grande número de pacientes que buscam a porta hospitalar de urgências pode ser atribuído a falta de cobertura em atenção primária e portanto pela falta de acesso as consultas nas equipes de saúde da família e nas UPA's, as quais são parte do complexo de atenção primária e não substitutas vulgares dos serviços de urgência hospitalares. Este grande número de consultas por situações agudas e agudizadas com baixo consumo de serviços de apoio diagnóstico e resolução relativamente rápida pelos profissionais de saúde, pode ser manejado por aumento qualificado da oferta de atenção primária e pela constituição nos hospitais de um fluxo de pronto atendimento ou *fast track* conforme a experiência anglo-saxã.

No entanto a superlotação realmente se caracteriza na retenção, nos serviços de urgências hospitalares, de pacientes que aguardando hospitalização não encontram fluxo resolutivo e terminam obstruindo a capacidade hospitalar, os serviços de internação hospitalar por sua vez, geralmente, não se comprometem em dimensão e performance para absorver esta demanda que lhes compete. Tanto isto é verdade que não temos instituída em nossa cultura a identificação de leitos para pacientes agudos dentre os leitos hospitalares e os SHU terminam instituindo hospitalização no seu próprio espaço, contribuindo para o seu desordenamento e improvisação.

Com tudo isso, paira sobre todos nós a imagem assustadora e praticamente unânime da superlotação dos serviços de urgência, especialmente os dos grandes hospitais. "A superlotação nos Serviços de Urgência é um fenômeno mundial e caracteriza-se por: todos os leitos do serviço ocupados, pacientes acamados nos corredores, tempo de espera para atendimento acima de uma hora, alta tensão na equipe assistencial e grande pressão para novos atendimentos. Indica, em última instância, baixo

desempenho do sistema de saúde como um todo e do hospital em particular e induz à baixa qualidade assistencial” (Bittencourt, Hortale,2009).

Instituir o monitoramento, análise de tendência, prevenção e manejo da superlotação passa a ser fundamental como objeto de atuação da gerencia dos hospitais e dos serviços hospitalares de urgências em particular.

No manejo da superlotação se impõe um conceito de urgência como expressão fundamental da variável tempo, pois a urgência expressa um tempo imperativo para responder a uma dada necessidade sem prejuízo do paciente frente ao tempo assignado. Responder na janela de tempo adequado para o melhor resultado prognóstico implica em uma aposta para controle e redução do nível de gravidade – ameaça a vida e a funcionalidade / autonomia do paciente, e do nível de complexidade, entendida a mesma como padrão de consumo de serviços / recursos. Portanto o fluxo de atenção às urgências hospitalares em tempos oportunos repercute na redução da gravidade – proteção da vida e na redução do custo final da atenção. Assim sendo é necessário investir para equilibrar o volume resolutivo da oferta em relação ao volume qualificado da necessidade, a qual se reflete no volume anual de horas trabalho para atender o numero esperado de pacientes (exemplo - três pacientes hora correspondem a disposição anualizada de carga horária médica em equilíbrio com o volume total de consultas, isto define o numero de médicos necessários para a oferta suficiente frente às necessidades populacionais, conforme parâmetros da SEMES da Espanha e do ACEP dos EUA). Se não fizermos este planejamento e não rompermos o divórcio escalar entre necessidades e ofertas, seguiremos sendo testemunhas inertes da perene, insidiosa e terrível violação massiva e sistemática dos direitos humanos nos serviços de urgências.

A aposta estratégica na APS gerou uma falsa dicotomia entre urgências e atenção longitudinal das populações, acolher e atender o agudo é atribuição da APS e fundamental para o equilíbrio clínico do sistema de saúde e para tanto deve comportar até um máximo de 2000 pacientes por equipe de PSF. As UPAs devem ser consideradas parte do complexo da APS, cobrindo a atenção dos agudos nos horários noturnos, fins de semana e feriados e relacionando sua atenção clinica com a vinculação dos pacientes as equipes de PSF, mas é importante lembrar que as UPAs não são ante salas hospitalares nem substituem os SHU e os leitos hospitalares, senão os pacientes serão frequentemente punidos em uma retenção indevida com perda de tempo em condições inadequadas de atendimento.

A oferta hospitalar tem que ser suficiente e tem que ser de alta performance, os hospitais de agudos ou com leitos de agudos, precisam de um parque substantivo de leitos, não menos que 2.5 leitos por 1000

habitantes, sendo que temos no Brasil apenas 1.85 leitos / 1000 habitantes no SUS. Projetando 4 leitos /1000 hab. como a relação desejável (assumindo o parâmetro bastante modesto do sistema espanhol com forte componente de APS e de ambulatorização em geral e distribuindo 2,5 leitos / 1000 pacientes para agudos, 1,0 para eletivos e 0,5 para crônicos de longa permanência e dependência), haveria hoje um déficit de pelo menos 420.000 leitos, para um total de 776.000 leitos necessários, dos quais teríamos então 485.000 leitos para agudos e agudizados. Ou seja, o nosso déficit é colossal e explica a superlotação dos serviços de urgências hospitalares, soma-se a isto a baixa rotatividade dos leitos, pois temos quase 2.5 vezes mais tempo de internação para agudos que a referencia da OCDE, de 6 dias como mediana para pacientes agudos. Temos assim o pior dos mundos – poucos leitos, com alta permanência e conseqüente baixa rotação dos leitos. Adicionalmente podemos indicar que o número de SHU necessários para o País seria de cerca de 780 serviços (250.000 habitantes por serviço, conforme os parâmetros espanhóis), sendo que hoje existem cadastrados apenas 371 SHU no Brasil.

Finalmente é necessário fazer com que os serviços hospitalares de urgências se organizem em função do volume de pacientes x volume de horas médicas e de enfermagem contratadas para atender em tempo adequado – o fractal de tempo onde nenhum paciente deveria esperar mais de 2 horas, o que implica incorporar alguns princípios disciplinadores de um SHU, tais como: classificar as necessidades dos pacientes de forma ágil e precisa enquanto definição de tempo máximo de espera para todos serviços com mais de 50.000 consultas anuais; não dispensar nem perder nenhum paciente sem ser visto pelo médico; não internar pacientes no SHU; ter autoridade para controlar o acesso aos leitos de hospitalização mediante a figura do médico chamado *czar dos leitos* ou regulador de fluxo de atenção; separar após a classificação dos pacientes aqueles que serão atendidos no pronto atendimento do hospital e aqueles que seguem para a atenção das urgências propriamente ditas; adequar o volume das salas de espera para a comodidade dos pacientes e familiares; dimensionar consultórios, salas de procedimentos e salas de observação com dotação médica e de enfermagem resolutivas, conforme fluxo esperado; instituir o tempo máximo de permanência no SHU de até 12 h; delimitar a permanência de pacientes na sala de reanimação até o máximo de 4 horas; instituir coordenação de altas do Serviço de Urgências; adotar prontuários eletrônicos; constituir equipes de alto desempenho clínico; instalar laboratório-satélite; adotar indicadores de saturação operacional do SHU; adotar censo de vagas e demandas na hospitalização; adotar encaminhamento rápido para sala de observação clínica; instaurar busca ativa dos pacientes em espera de internação no Serviço de Urgências; instituir coordenação de alta hospitalar, com critério de pré-alta; com

sala de alta; e em casos extremos ordenar e administrar as consequências, sem prejuízo para os pacientes, do cancelamento de internações eletivas e a redistribuição de cirurgias eletivas. A adoção do conceito de leitos de agudos e a incorporação das unidades de cuidados médicos agudos - *acute care units*, com pacientes com previsão de alta em até 72 horas, beneficiam enormemente os pacientes idosos e crônicos agudizados. Todas essas medidas foram consideradas efetivas no manejo da superlotação segundo a literatura científica revisada.

“Hospitais que tiveram maior sucesso em diminuir a superlotação nos SEH foram aqueles que reconheceram o problema do fluxo do paciente em todo o hospital e definiram iniciativas para tirá-lo do SEH de forma mais eficiente - se você quer consertar a superlotação, comece por consertar seu hospital” (Asplin , Magi, citados por Bittencourt e Hortale, 2009).

Como uma nota final, seria fundamental apontar a profissionalização gerencial e assistencial das urgências, com a assunção de especialistas em urgências como um campo autônomo de conhecimentos e práticas, com a ação combinada de formar especialistas mediante residências médicas disseminadas e habilitar com certificação pública os trabalhadores atuais do campo das urgências conforme o disposto na Portaria MS 2048/2002. E empoderar a regulação operacional da atenção / das urgências e de leitos, para operar como instrumento de advocacia pelos direitos dos pacientes a um acesso qualificado, oportuno, seguro e resolutivo conforme os melhores padrões mundiais.

Referencia

Bittencourt, R.J; Hortale, V.A. Intervenções para solucionar a Superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar: uma Revisão Sistemática. Cadernos de Saúde Pública, 25(7): 1439-1454, 2009.