

# VIII CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS – RBCE

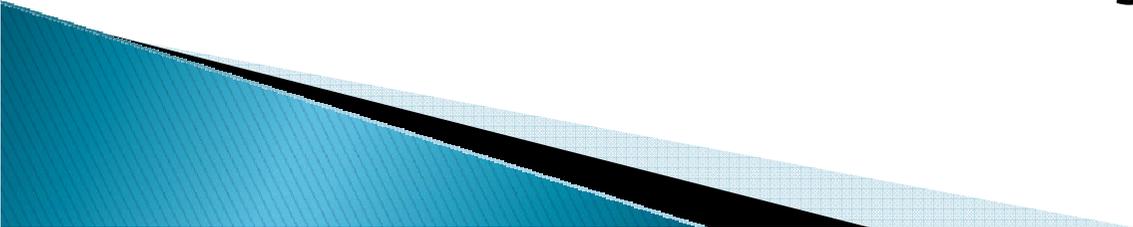
▶  
Dias 20 a 22 de junho de 2011 – Hotel Embaixador  
Porto Alegre – RS

## A SUPERLOTACAO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA (e dos Hospitais) COMO SIGNO DA CRISE DE ACESSO E QUALIDADE DO SISTEMA

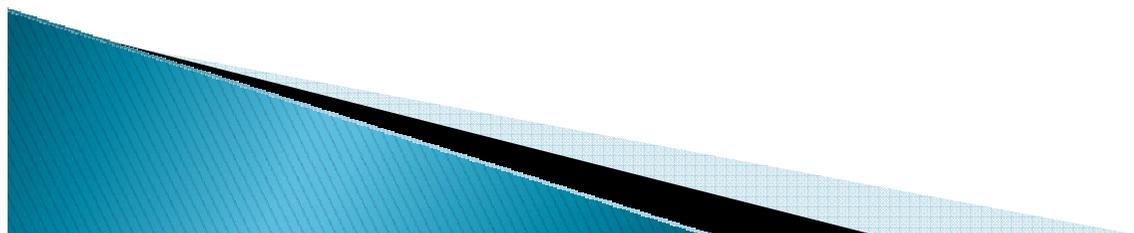
O imperativo dos Direitos Humanos e a ousadia de cumprir a Lei:

- ▶ Por que ainda não implantamos integralmente a Política Nacional de Atenção Integral às Urgências do SUS?
- ▶ A necessidade de um Departamento de Atenção as Urgências no Ministério da Saúde.
- ▶ Pela reativação do Comitê Gestor Nacional das Urgências

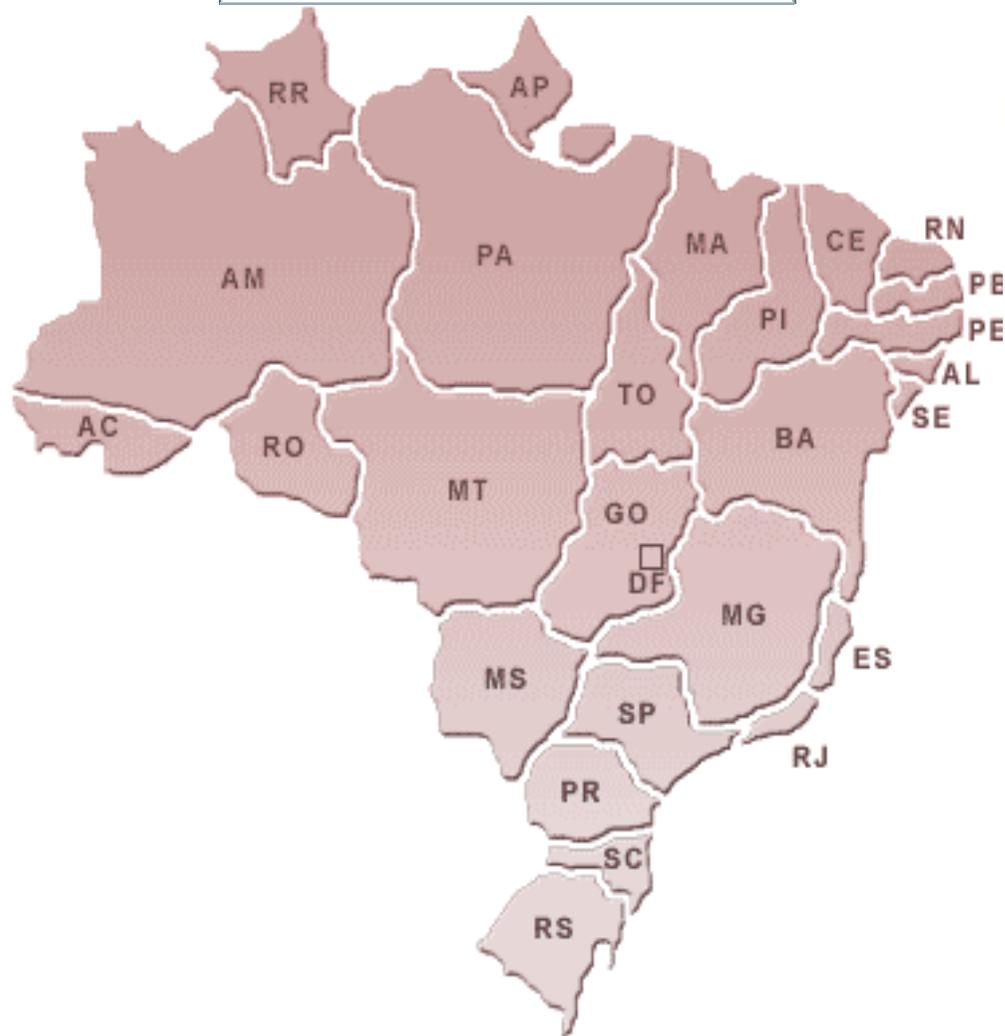
[www.rbce.org.br](http://www.rbce.org.br)



A decisão de abordar as urgências hospitalares mediante a problematização da superlotação desses serviços e a conseqüente violação sistemática e massiva dos direitos humanos, reflete a necessidade de encontrar uma solução estrutural para um fenômeno que não é exclusivo do Brasil, mas que nos remete aos desequilíbrios de um Sistema Nacional de Saúde que apresenta insuficiência de recursos econômicos



## Brasil



Gasto público: U\$D 367 habitante/ano  
Insuficiência de leitos: 2,27 leitos no  
SUS por mil habitantes

## Espanha



Gasto público: U\$D  
2.200,00 habitante/ano  
4 leitos por mil habitantes, sendo 3  
leitos apenas para pacientes agudos

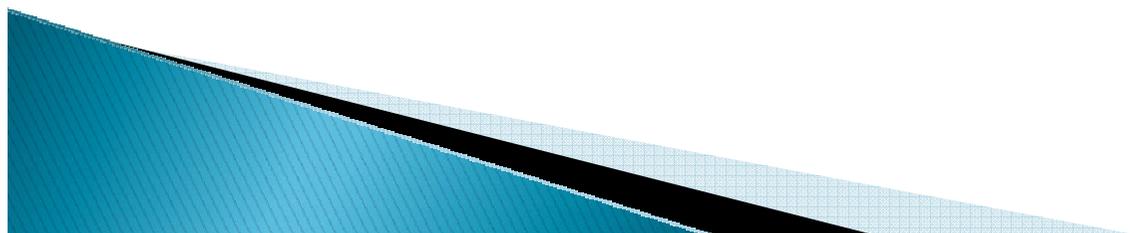
**Falta de profissionais e equipamentos para atender os pacientes agudos, agudizados, graves ou agravados**

**Insuficiência da atenção ambulatorial especializada expressa em longos tempos de espera**

**Atenção primária ainda insuficiente em número e resolubilidade**

**Uma quase inexistente regulação operacional pública do Sistema, que garanta o acesso qualificado do paciente em um tempo conhecido adequado para o melhor resultado prognóstico segundo os padrões internacionais.**

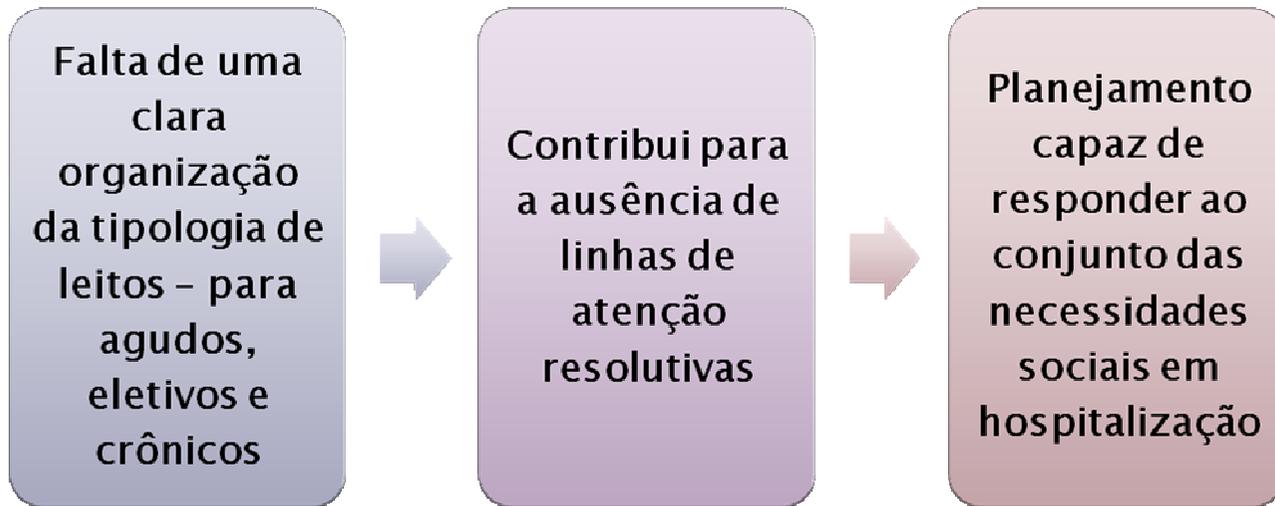
Repete-se assim nas portas das urgências hospitalares, a condição de pára-raios do Sistema, em lugar de serem plataformas distribuidoras da atenção, o que poderiam ser caso assumissem a sua condição de porta de entrada do Sistema, conjuntamente com a atenção primária, a qual detém a condição de porta de entrada preferencial e que também deveria atender aos pacientes agudos de seus territórios.



**1- pacientes ambulatoriais não incorporados efetivamente pela Rede de APS, pela Rede de Serviços Ambulatoriais e seus Centros Diagnósticos, com elevados tempos de espera para suas necessidades serem satisfeitas, conduzindo-os as portas de urgências hospitalares como alternativa de fortuna;**



**2 - pacientes que por suas condições necessitam hospitalização – sendo esses os que superlotam as urgências hospitalares, pois eles permanecem um longo tempo nas urgências devido à falta de leitos resolutivos suficientes para a atenção aos agudos nas enfermarias, nos cuidados intermediários quase inexistentes e nas escassas UTI's, agravada a situação pela baixa rotatividade e prolongado tempo de permanência nos leitos existentes, mas também a falta de atenção especializada em tempos adequados e uma baixa oferta para a saída da hospitalização na forma de cuidados paliativos, cuidados integrados e suporte social.**



Insuficiência de leitos: 2,27 leitos no SUS por mil habitantes



Déficit de mais de 340.000 leitos dos quais muitos de cuidados intermediários e intensivos - podendo chegar a uma cifra de 50.000 leitos dessas categorias, observada a necessidade de bem distribuir esses serviços em todo território nacional.

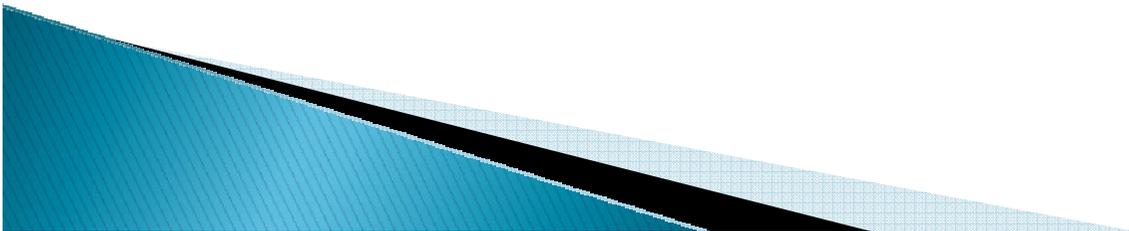
Espanha: 4 leitos por mil habitantes, sendo 3 leitos apenas para pacientes agudos



Manejo inadequado de recursos escassos, levando a uma violação persistente dos direitos humanos dos pacientes submetidos ao martírio cotidiano de um sistema incapaz de atender a todos e com qualidade.

A somatória de todas essas insuficiências se projeta na situação caótica dos serviços de urgência superlotados em todos os estados da federação, com a violação massiva e sistemática dos direitos humanos ocorrendo diariamente frente a uma opinião pública, gestores e profissionais “acostumados” a esta situação e aceitando que não se pode mudar o estabelecido.

Romper este acomodamento, este “paisagismo” da crise e denunciá-lo como violação dos direitos humanos, foi a tarefa política fundamental do VIII Congresso.



Os direitos humanos nas urgências necessitam ser garantidos na forma de:

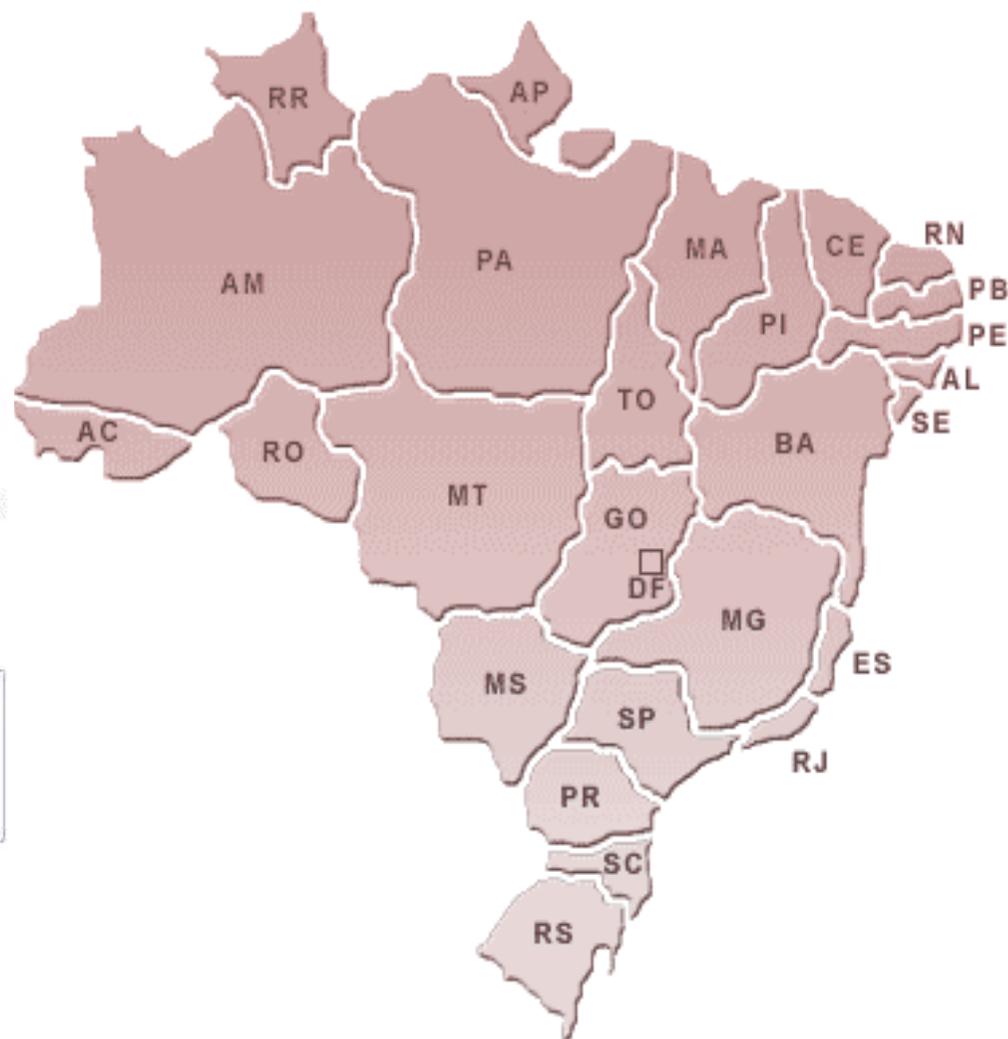
- Acesso
- Acessibilidade
- Tempo de resposta adequado
- para alcançar o melhor resultado prognóstico expresso na autonomia recuperada dos pacientes

**Extremamente grave é a**  
**Desproporção de escala entre o número de pessoas**  
**que precisam de atenção**  
**X**  
**o número de serviços hospitalares de urgência e**  
**sua distribuição territorial**

## Espanha



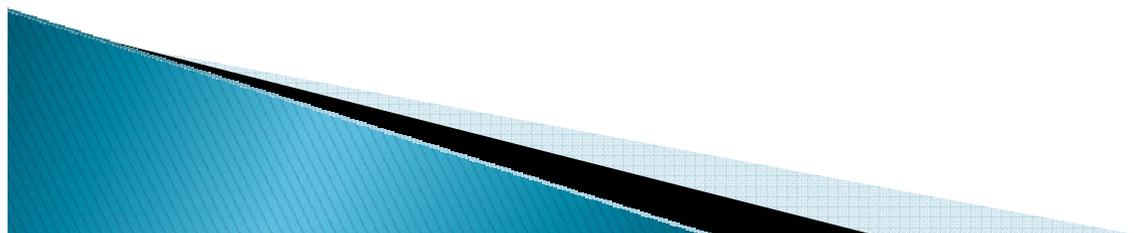
## Brasil



Existe como padrão do desenho do sistema nacional de saúde um serviço hospitalar de urgências para cada 200.000 habitantes

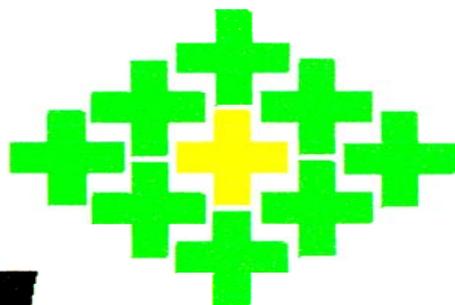
Isto implicaria ter no Brasil 742 serviços, quando temos menos de 400 em todo o País, sem entrar em uma crítica da qualidade dos resultados e complexidade assistencial dos mesmos.

- ▶ Os serviços de urgências são espaços públicos por excelência e uma responsabilidade direta do Estado, segundo o marco legal estabelecido pela Constituição Federal de 1988, onde todo sujeito brasileiro é um sujeito de direitos junto ao sistema de saúde. Resgatar esse espaço público e os direitos e deveres de cidadania e Estado são tarefas a que se propôs o VIII Congresso e que marcam a continuidade insistente dos compromissos da RBCE.
- ▶ Para tanto nos urge revisar o estado de aplicação da Política Nacional de Atenção Integral as Urgências lançada pelo Presidente Lula em 2003, seguindo a linha proposta pela Portaria 2048/2002 e nesta revisão construir as estratégias reivindicatórias para sua plena implantação.



# CAMPANHA NACIONAL PELOS DIREITOS HUMANOS NA ATENÇÃO AS URGÊNCIAS:

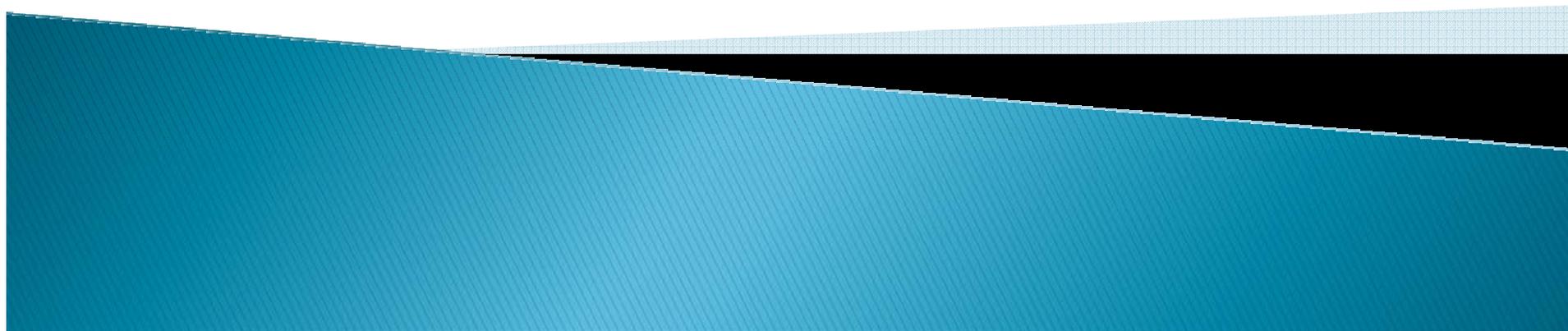
ELIMINANDO A SUPERLOTACÃO DOS SERVICOS DE URGÊNCIAS  
COMO VIOLAÇÃO MASSIVA E SISTEMÁTICA DOS DIREITOS  
HUMANOS



2011 - Junho 2013

**rbce**

REDE BRASILEIRA DE  
COOPERAÇÃO EM  
EMERGÊNCIAS



# HISTÓRIA DA RBCE – REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS

Entendemos que os serviços de urgências, especialmente os serviços hospitalares, são o espelho do desempenho da totalidade do SUS e a sua sobrecarga, falta de qualidade ou falta de humanização, refletem problemas estruturais do Sistema e da própria organização das urgências neste contexto, e como tal devem ser tratados, exigindo uma resposta sustentada e adequada à complexidade do problema.

Nesta perspectiva, a **Plenária Final do VII Congresso Nacional da RBCE, em Natal – RN**, deliberou pela organização de uma **Campanha Nacional pelos Direitos Humanos na Atenção às Urgências no País**, apontando quatro eixos de luta.

**CONSTITUIÇÃO  
NOVEMBRO/95**

## Objetivos:

✓ permitir que os trabalhadores das urgências médicas públicas do País pudessem manter um esforço articulado, capaz de influenciar a formulação nacional das políticas de atenção as urgências médicas, acumulando e socializando conhecimentos e iniciativas e mantendo um espaço autônomo de formulação de propostas de políticas independente das alternâncias de espaços de governo, construindo portanto um espaço democrático e autônomo.

**Resultados**

Este exercício participativo da RBCE conseguiu construir políticas públicas ao atuar diretamente na formulação e implementação da política nacional de atenção integral as urgências médicas expressa particularmente nas Portarias Ministeriais da Saúde 2048/02 e 1863/03.

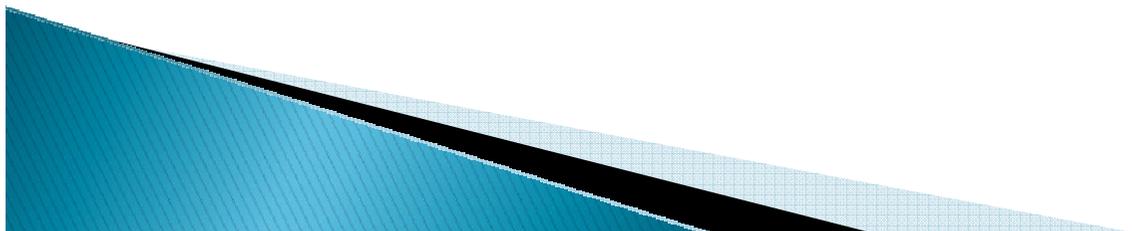
**25 de  
outubro  
de 2007**

## QUATRO EIXOS DE LUTA

- ▶ 1- Pela desbanalização do sofrimento da população nos serviços de saúde, especialmente nas urgências, lutando pela constituição de respostas suficientes em quantidade e qualidade para todos e todas, observando as necessidades de forma integral e com equidade,
- ▶ pela eliminação da superlotação dos serviços de atenção às urgências, eliminando o tempo prolongado de espera,
- ▶ pela atenção, erradicação das mortes evitáveis e seqüelas, sobre-morbidade e exposição a enfermidades e traumatismos, hoje negligenciados pelas políticas de Estado e por muitas gestões de saúde;

## QUATRO EIXOS DE LUTA

2- pela profissionalização da gestão e da atenção às urgências através de formação e habilitação, certificação profissional para a gestão e atenção às urgências e a conquista de adequadas condições de trabalho, com financiamento adequado e remuneração, carreira, com o objetivo de alcançar as condições ótimas de atendimento da população;

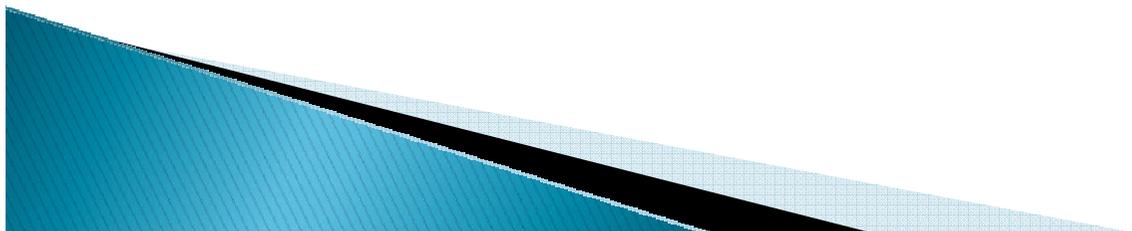


## QUATRO EIXOS DE LUTA

- ▶ **3- pela responsabilização dos gestores nas três esferas de governo e nos próprios serviços de urgências;**
- ▶ **pela naturalização das condições freqüentemente inaceitáveis de atenção aos pacientes nas urgências,** a inexistência ou inoperância de uma regulação operacional do sistema que garanta resposta oportuna e suficiente (em atenção móvel, leitos e consultas/exames necessários) contra a recorrência de uma crise que deveria ser enfrentada de forma estrutural com medidas e resultados de curto e médio prazo, estabelecimento de tipologias de serviços com a correspondente sustentação financeira (definir e financiar adequadamente os serviços de atenção de urgências no contexto de sistemas regionais de atenção).

## QUATRO EIXOS DE LUTA

**4- pela instalação e atuação de comitês gestores participativos nos serviços de urgências com a participação paritária entre usuários e não-usuários e ouvidorias ativas / responsáveis de gestão clínica**  
– SAMU, Pronto Atendimentos e Serviços de Urgência Hospitalares.



## 13 METAS MOBILIZADORAS



1- Nenhum paciente “internado” no corredor ou em leitos improvisados / extranumerários nas dependências dos serviços ou departamentos de atenção às urgências;



2- Tempo de permanência máximo de 24 horas nos serviços de atenção às urgências.



3- Até um máximo de 90% de ocupação dos leitos hospitalares dedicados aos pacientes agudos, para evitar a retenção dos pacientes nos serviços de atenção às urgências;



4- 0 (zero) macas das ambulâncias retidas nos serviços hospitalares ou não hospitalares de atenção às urgências;

## 13 METAS MOBILIZADORAS



5- 100% das mortes ocorridas nos serviços investigadas sobre a sua etiologia e sobre o comportamento / efetividade do sistema e dos serviços de atenção as urgências, apontando a % de mortes que poderiam ser evitadas por melhor desempenho do sistema / serviços;



6- todos os serviços com tempos de espera definidos por escalas de classificação das necessidades dos pacientes com um tempo máximo publicado de espera por categoria de necessidade, sem exclusão de pacientes em cada serviço;



7-todos os serviços de urgências devem ter publicados suas obrigações no marco de um sistema regional organizado e sob controle dos comitês gestores com participação social;



8-Dimensionar a lotação da força de trabalho segundo a necessidade de atenção - volume e perfil dos trabalhadores segundo o volume e classificação da gravidade dos pacientes - projetando tempo médio de atenção e tempo máximo de espera;

## 13 METAS MOBILIZADORAS



9-Instituir um "Saturometro Nacional" que recolha o comportamento das variáveis, produzindo um informe semanal;



10-Publicar guia / diretório dos serviços de urgência em todo país, com um cartão de avaliação ou de escore que indique a condição de adequação do serviço e do sistema ao qual pertence;

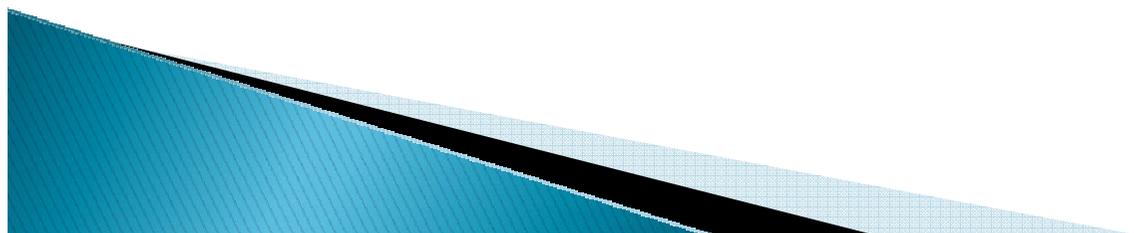


11-Publicar até dezembro de 2011 uma proposta de plano de investimento para zerar em cinco anos o déficit estrutural de serviços de atenção as urgências, de leitos para pacientes agudos e capacidade de salas de cirurgia por regiões e por Estados, compondo as bases para o debate de um Plano de alcance nacional, com composição do custeio mediante cobertura populacional e densidade esperada de eventos em escala de gravidade - constituindo um piso para a atenção as urgências;

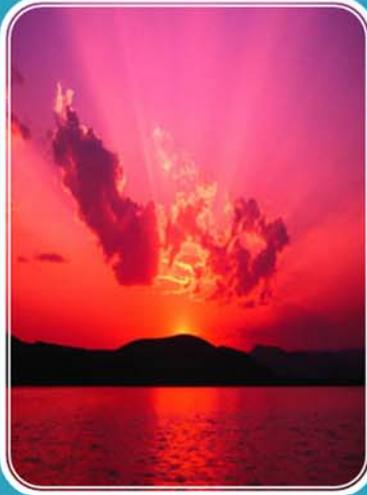


12-Incorporar em 24 meses todas as medidas consideradas efetivas na gestão da superlotação hospitalar das urgências - até junho de 2013, em todos os serviços hospitalares:

- (1) unidade de pronto-atendimento;
- (2) gerente de leitos;
- (3) coordenação de altas do Serviço de Urgências;
- (4) prontuários eletrônicos;
- (5) equipes de alto desempenho clínico;
- (6) laboratório-satélite;
- (7) indicadores de saturação operacional;
- (8) censo de vagas e demandas;
- (9) encaminhamento rápido para sala de observação clínica;
- (10) busca ativa dos pacientes internados no Serviço de Urgências;
- (11) coordenação de alta hospitalar;
- (12) pré-alta;
- (13) sala de alta;
- (14) cancelamento de internações eletivas;
- (15) redistribuição de cirurgias eletivas.



## 13 METAS MOBILIZADORAS



13- ter todos os serviços de saúde organizados em sistemas regionais de atenção, hierarquizados com populações de cobertura definidas e com proporção entre necessidades populacionais e recursos definidos, mediante um planejamento estratégico situacional e plano de investimentos e progressão do custeio que defina as metas de curto, médio e longo prazo como respostas urgentes, respostas de adequação dinâmica e de reorganização estrutural respectivamente.

Todos os serviços com regulação pública, com tempos de resposta para o melhor resultado prognóstico comprovado na literatura internacional, conforme a equidade em Direitos Humanos.

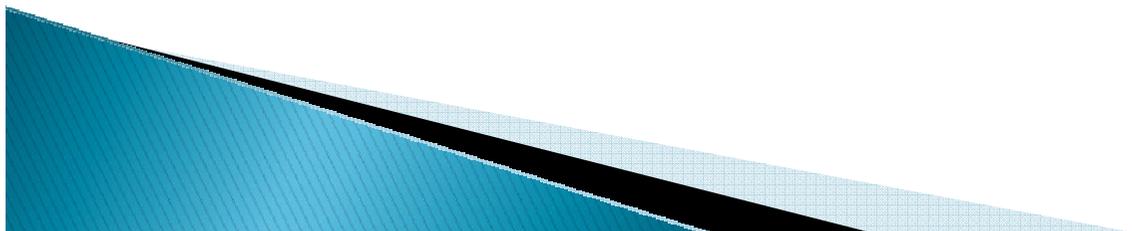
*“Hospitais que tiveram maior sucesso em diminuir a superlotação nos SEH foram aqueles que reconheceram o problema do fluxo do paciente em todo o hospital e definiram iniciativas para tirá-lo do SEH de forma mais eficiente – se você quer consertar a superlotação, comece por consertar seu hospital”.*

Asplin & Magid:

Ou seja, o grande número de atendimentos nos SEH indica baixo desempenho do sistema de saúde, e a superlotação dos SEH revela o baixo desempenho do hospital e sua rede. Trata-se, portanto, de dois fenômenos distintos, que podem ou não interagir. (elementos originados pela revisão sistemática da literatura realizada por Roberto Bittencourt).

Ao propormos esta iniciativa, desejamos que esta Campanha componha o marco central da presença do Brasil na Campanha Mundial pelo Direito à Saúde e à Atenção à Saúde organizada e liderada pelo Movimento pela Saúde dos Povos – PHM e apoiada pelo Fórum Social Mundial da Saúde, conforme deliberação do II Fórum Social Mundial da Saúde em Nairobi janeiro de 2007.

Como a Campanha Mundial procura construir-se a partir de agendas nacionais e sua projeção internacional, pensamos que esta luta não é apenas relevante para o avanço do SUS mas também 'é uma forma de colocar em evidência este tema negligenciado na agenda internacional pelo direito à saúde.



## SOBRE AS ETAPAS DE CONSTRUÇÃO DESTA CAMPANHA EM DOIS ANOS:

A etapa até o período de lançamento correspondeu ao esforço de construir alianças e acumular elementos de debate e propostas para alcançar os desafios que a própria campanha irá apontar, este processo seguirá agora na forma de seminários e reuniões em vários estados e a instalação de um observatório nacional dos direitos humanos e a atenção às urgências médicas, assim como de um processo nacional de certificação de qualidade dos serviços de urgências.

A partir de janeiro de 2013 até junho de 2013 reuniões estaduais e uma reunião nacional avaliarão os avanços obtidos e definirão as agendas estratégicas a seguir.

### I Etapa

De setembro 2008 a outubro de 2011, construção das alianças que desenvolverão a Campanha, consolidação do Centro de Estudos em Urgências, do Portal da Campanha, da Revista de Urgências e Saúde Pública e desenho de pesquisas que amparem as linhas de desenvolvimento da mobilização. Reuniões nos Estados promoverão a busca de alianças com os conselhos de saúde e as associações de trabalhadores, lideranças sociais e autoridades, com lançamento da Campanha nos Estados.

A etapa inicial de construção de alianças conclui em junho de 2011, no marco do VIII Congresso da RBCE em Porto Alegre, com o lançamento do início do processo de mobilizações, de educação em direitos humanos e de gestão dos serviços de atenção as urgências, e com iniciativas de advocacia em todas as regiões do País.

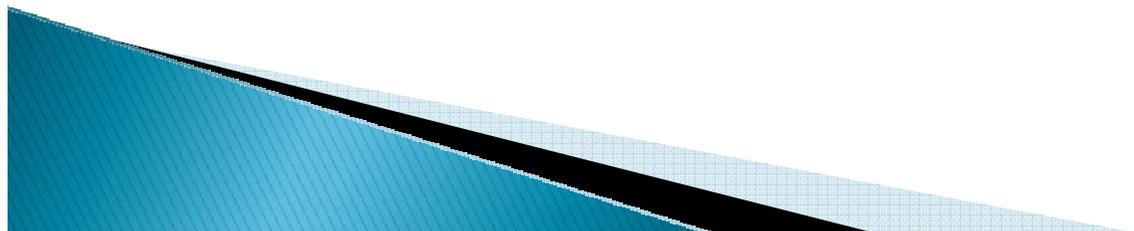
### II Etapa

De junho de 2011 a dezembro de 2012 se desenvolverão os processos de mobilização, educação e advocacia pelos direitos humanos nas urgências médicas e a plena aplicação da Política Nacional de Atenção Integral as Urgências e pelo debate em torno a suficiência de leitos em geral e de agudos em particular para enfrentar a superlotação.

### III Etapa



É fundamental que o controle social do SUS, que os usuários dos serviços de urgência, os profissionais das urgências, os gestores públicos, os promotores e juízes, os parlamentares e lideranças sociais diversas assumam uma postura reivindicativa sobre a implementação plena da Política Nacional de Atenção às Urgências, desbanalizando o sofrimento dos cidadãos e cidadãs.



# IX CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS – RBCE

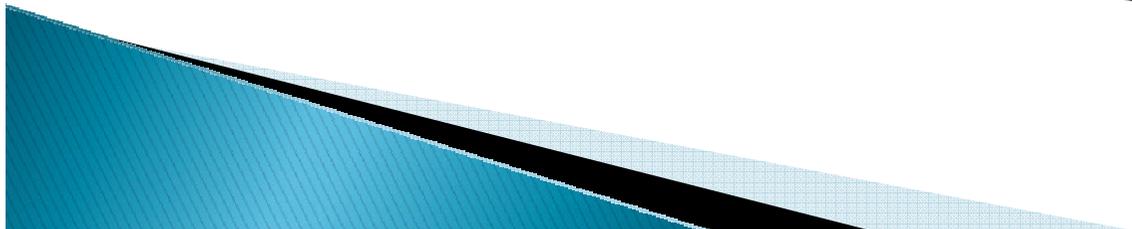


Dias 19 a 23 de maio de 2012  
Campus Vergueiro UNINOVE  
São Paulo – SP

**A SUPERLOTACAO E OS HOSPITAIS QUE ATENDEM  
URGENCIAS:**

**CONJUGANDO A REFORMA HOSPITALAR DO SUS COM A  
REVOLUCAO DA GESTAO CLINICA ORIENTADA PELOS  
DIREITOS HUMANOS**

[www.rbce.org.br](http://www.rbce.org.br)



- ▶ Para contatos sobre a Campanha favor comunicar:

Coordenação Executiva da RBCE

[rbce@rbce.org.br](mailto:rbce@rbce.org.br)

Tel: 051 99960562

