

14. Superlotação dos serviços de emergência

Victor Graboís e Roberto José Bittencourt

Neste capítulo, abordaremos uma situação que afeta a segurança dos pacientes – a superlotação dos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH). Veremos as estratégias que podem ser utilizadas para organizar melhor o cuidado nesses serviços que apresentam grande demanda e mitigar os incidentes, mesmo em SEH superlotados.

Introdução

A superlotação nos SEH é reflexo do desequilíbrio entre a demanda de pacientes com condições agudas por serviços de saúde e a baixa oferta de serviços assistenciais. Possivelmente, é a expressão mais visível das dificuldades do sistema de saúde no atendimento das necessidades da população. Indica o baixo desempenho do sistema em sua totalidade, e do hospital em particular, induz à baixa qualidade assistencial (Bittencourt, Hortale 2009).

A superlotação nos SEH é um fenômeno mundial, caracterizado por:

- todos os seus leitos/camas ocupados, com pacientes em macas nos corredores;
- tempo de espera para o primeiro atendimento médico acima de uma hora;
- tempo de espera para internação/internamento em mais de duas horas após a decisão clínica;
- alta tensão na equipe assistencial, expondo-os à síndrome de *Burnout*;
- pressão para novos atendimentos.

Uma revisão da literatura (Bradley 2005) mostrou que o aumento do tempo de permanência no SEH é o principal marcador da superlotação. A falta de leitos/camas para internação/internamento é a mais importante causa. O atraso no diagnóstico e no tratamento é a principal consequência, aumentando a taxa de mortalidade hospitalar, com óbitos evitáveis. Estudos (Graff et al. 2002; Schull et al. 2004; Magid et al. 2004) realizados em SEH superlotados mostraram que o tratamento da pneumonia, meningite, sépsis, infarto/enfarte agudo do miocárdio, apendicite, acidente vascular cerebral, trauma cervical, trauma craneano, fraturas expostas, fraturas de fêmur tiveram resultados desfavoráveis por causa do atraso no atendimento médico.

Para refletir

A quantidade de leitos/camas na organização em que você trabalha é adequada à demanda? Em caso negativo, existe um projeto para aumentar a quantidade ou outra medida para lidar com essa questão? O que você sugere para resolver o problema?

A superlotação se expressa por meio de dois componentes, que podem ou não interagir. O primeiro pode existir sem o segundo e vice-versa, todavia prevalece a ocorrência simultânea (Hortale 2009).

O primeiro componente está relacionado com a pressão exercida nos SEH – “pressão de porta” – pelo grande número de atendimentos em razão das baixas ofertas e resolubilidade das organizações de saúde não hospitalares. Essa “pressão de porta” aumentou nos últimos dez anos em função do aumento dos atendimentos aos idosos.

Vecina Neto e Malik (2007) revelam serem os brasileiros acima de 65 anos os que demandam quatro vezes mais internações/internamentos que a média da população. Segundo o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (Rechel et al. 2009), o aumento da expectativa de vida na população americana será ampliado em 46% até 2027. O novo perfil da população poderá ter impacto direto na assistência hospitalar, especialmente nos SEH, com o aumento da morbimortalidade e comorbidades/comorbilidades, ocasionadas pelas doenças crônico-degenerativas, assim como por causas externas, reaparecimento de antigas doenças e aparecimento de novas doenças infecciosas, muitas imprevisíveis.

O segundo componente está relacionado com a presença excessiva de pacientes nos ambientes internos dos SEH acima da capacidade instalada de leitos/camas aguardando internação/internamento ou a definição clínica do seu caso. Não há como deixar de mencionar a importância da integração dos SEH com os demais serviços hospitalares em busca de uma efetividade organizacional, que é a relação entre os serviços assistenciais oferecidos pelo hospital e a obtenção de resultados esperados. Segundo Asplin & Magid (2007): “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”.

O desempenho dos SEH avaliados sob a lógica de um modelo integrador

Como avaliar o desempenho dos SEH? Eles fazem parte de um sistema de saúde considerado complexo, que inclui o hospital e sua rede de apoio, cujo desempenho pode ser avaliado pelo modelo integrador de Sicotte e colaboradores (1998). Esse modelo, após ter sido aperfeiçoado pelo *Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé* (Gris) – *Secteur Santé Publique – Faculté de Médecine – Université de Montréal*, passou a se chamar *Évaluation Globale et Intégrée de la Performance dans les Systèmes de Santé* (Egipss).

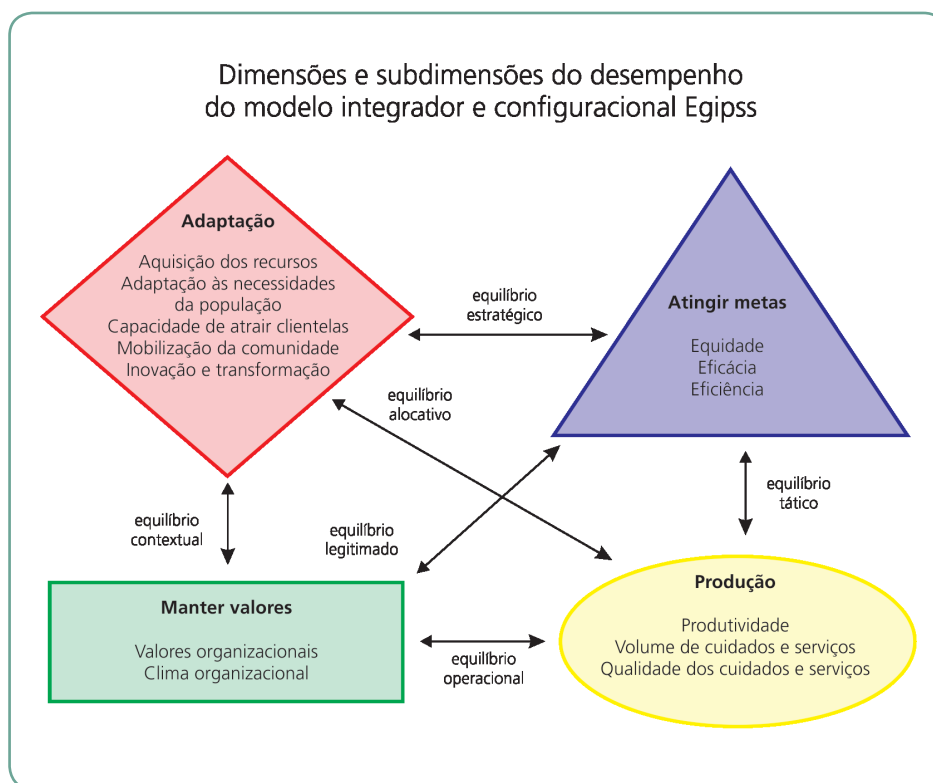
Évaluation Globale et Intégrée de la Performance dans les Systèmes de Santé pode ser livremente traduzido por Avaliação Global e Integral da Performance nos Sistemas de Saúde.

O modelo Egipss considera as várias teorias de desempenho das organizações de saúde, reconhece suas peculiaridades e busca integrá-las. O modelo pretende responder a duas perguntas (Champagne et al. 2005):

- ✱ Como medir adequadamente o desempenho dos serviços de saúde com várias missões, via de regra contraditórias?
- ✱ Como melhorar o desempenho de uma organização em que o desempenho de um serviço pode causar diminuição de desempenho em outro?

A Figura 1 apresenta o diagrama do Egipss (Contandriopoulos et al. 2010), com as quatro dimensões para análise de desempenho das organizações de saúde: adaptação; alcance de metas; produção de serviços; manutenção dos valores. As dimensões são relacionadas entre si, em seis tipos de equilíbrios: estratégico, tático, operacional, contextual, alocativo e legitimado.

Figura 1 – Modelo integrador Egipss



Fonte: Contandriopoulos et al. (2010, p. 297-324).

Os fatores que determinam o desempenho dos SEH

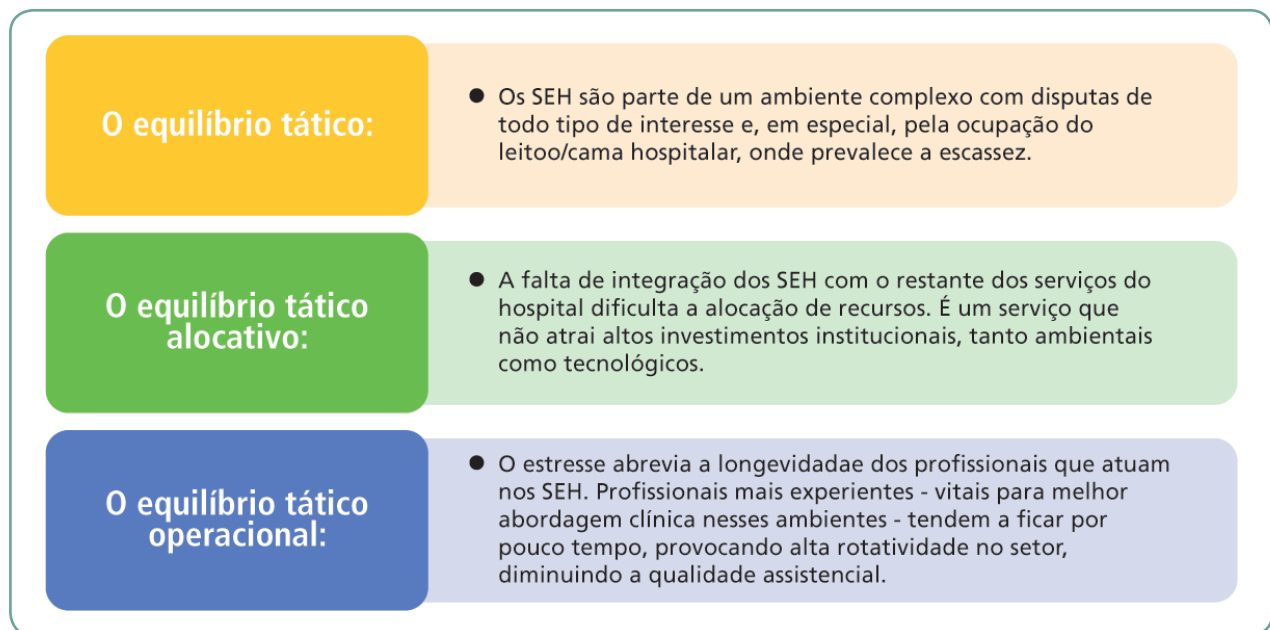
Ao utilizarmos como padrão de análise o modelo Egipss, o desempenho dos SEH pode ser avaliado à luz da definição dos quatro fatores que determinam a produção dos serviços de saúde (Contandriopoulos et al. 2010):

1. Em relação ao **volume e ao tipo** de cuidados de saúde: os serviços de saúde estão submetidos à grande pressão de porta com grande volume de atendimento de casos não emergenciais em virtude da pouca articulação e resolubilidade das demais organizações de saúde.
2. Em relação à **coordenação**, entre os fatores que impactam a produção: existem vários “hospitais” em disputa, especialmente no que diz respeito à ocupação dos leitos/camas hospitalares. O SEH, a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), o Centro Cirúrgico (CC) e o ambulatório do hospital disputam os serviços de laboratório, de imagem, de internação/internamento e outros, sem a devida coordenação.

3. Em relação à **produtividade** dos serviços de saúde: a capacidade dos SEH está aquém das necessidades dos pacientes, incluindo os recursos estruturais (por exemplo, recursos humanos e tecnologia), e processos adequados de trabalho. O resultado é a baixa produtividade.
4. Em relação à **qualidade** dos cuidados de saúde: nos SEH superlotados, as abordagens clínicas são inadequadas, aumentando a insegurança do paciente e da taxa de mortalidade.

Os tipos de equilíbrio e o desempenho do SEH

Destacam-se três tipos de equilíbrio na relação entre a produção de serviços e as outras dimensões do desempenho do SEH (Contandriopoulos et al. 2010):



Em relação aos demais tipos de equilíbrio:

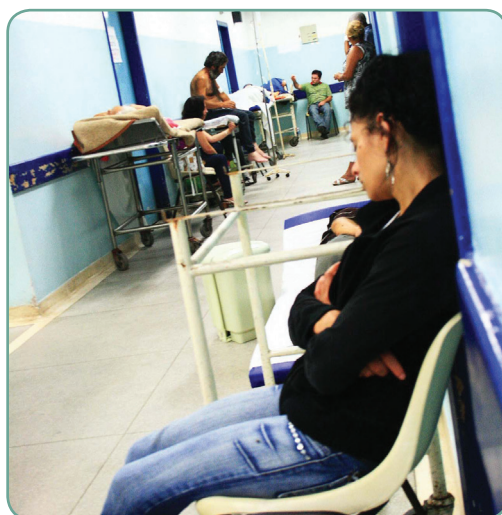
- * incapacidade de se integrar à missão do hospital – **equilíbrio estratégico**;
- * o clima organizacional em dissonância com as necessidades sociais e sanitárias – **equilíbrio contextual**; e
- * as distorções das metas interferem negativamente na cultura organizacional – **equilíbrio legitimador**.

Repercussões dos SEH superlotados na segurança do paciente

Um SEH superlotado tem todos os leitos/camas ocupados, inclusive os leitos/camas extras. Existe demora na avaliação dos pacientes, recebem os medicamentos prescritos, realizem os exames solicitados e, por fim, internados (Twanmah 2009).

A superlotação dos SEH está associada à ocorrência de eventos adversos, ainda que não seja fácil a obtenção de evidências. Alguns incidentes citados na literatura são: o retardo no início da antibioticoterapia, retardo no início e inadequação da analgesia, insatisfação do paciente, maiores taxas de mortalidade nas UTIs e maiores taxas de complicações cardiovasculares nas síndromes de dor torácica.

As transferências de pacientes para corredores do hospital e não para leitos/camas de internação/internamento em quartos ou enfermaria geram enorme insatisfação dos pacientes e seus familiares.



Fonte: Fernando Freitas (2008).

Cerca de 70% dos pacientes com pneumonia em emergências sem superlotação tiveram a antibioticoterapia iniciada nas primeiras quatro horas, enquanto apenas 28% de pacientes com pneumonia em emergências superlotadas iniciaram a antibioticoterapia nas primeiras quatro horas (Waterer et al. 2006). A mortalidade dos pacientes que permaneceram mais de seis horas aguardando sua internação/interna-

mento é de 17,4%, enquanto para os pacientes que aguardaram menos de seis horas, a mortalidade foi de 12,9% (Trzeciak, Rivers 2003).

Os idosos são os pacientes mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos, por que demonstram situações clínicas mais sutis e atípicas. A maioria apresenta comorbidades/comorbilidades, usam muitos medicamentos simultaneamente, tem margens terapêuticas mais estreitas e deficiência cognitiva e funcional (Samaras et al. 2010). Os SEH sofrem grande impacto com a presença dos idosos. Como têm maior potencial de gravidade, demandam leitos/camas de UTI mais rapidamente. As altas hospitalares de idosos têm especial significação para as emergências, pois dentre essas, 27% voltam a procurar os serviços de emergência.

Os ambientes de cuidado, os aspectos relacionados aos profissionais e organizacionais, as dificuldades de comunicação nos SEH podem ser apontados/indicados como fatores contribuintes de incidentes. Os ambientes de cuidado são, muitas vezes, ruidosos, sem janelas, com controle de temperatura ineficiente, com macas sem grades dispostas muito próximas, aumentando, assim, os riscos de contaminação cruzada. Os profissionais têm, em geral, sobrecarga de trabalho em ambientes desorganizados ou mesmo caóticos, o que intensifica o stress. Esses elementos facilitam a desatenção, desconcentração, ocorrência de lapsos e levam a erros de medicação (pacientes trocados, doses e vias inadequadas), cirurgias e procedimentos nos pacientes errados ou em membros errados.

Para refletir

Em sua unidade de trabalho, você identifica alguns dos problemas listados no parágrafo anterior? O que você imagina que pode ser feito a fim de resolver esses fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes?

Medicações de alto risco são muito utilizadas em emergências. Os eletrólitos são considerados os mais perigosos, particularmente o cloreto de potássio e o cloreto de sódio. Outros medicamentos requerem muita atenção, como os anticoagulantes (Peth 2009).

A passagem de plantões/turno é uma atividade de rotina nos SEH e considerada um momento de alto risco. Segundo Kelly (apud Cheung et al. 2009), 24% das queixas sobre a ocorrência de más práticas foram relacionadas à passagem de plantão/turno inadequada. A troca de plan-



Para saber mais sobre medicamentos que podem ser perigosos, visite o endereço:

<http://www.ismp-brasil.org/faq/medicamentospotencialmenteperigosos.php>

Você também poderá encontrar outras informações sobre o tema no Capítulo 8, "Erros relacionados aos medicamentos", do livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*.

tão/turno é um momento de transferência de responsabilidade sobre o paciente e de informações a respeito do cuidado.

Fatores relacionados aos profissionais podem contribuir para a ocorrência de incidentes, por exemplo, a baixa consciência da situação de superlotação da emergência, tais como: posturas inconvenientes, como interromper de forma abrupta a prestação de cuidados para iniciar a passagem do plantão/turno; compreensão inadequada, desatenção ao que está sendo falado; decisões apressadas por parte de quem está assumindo o plantão/turno. Mesmo após a passagem de plantão/turno, o profissional que chega ao SEH se esquece de informações ou de tarefas essenciais, ou inicia o cuidado sem uma reflexão mais aprofundada a respeito do paciente sob sua responsabilidade (Cheung et al. 2009).

A realização de procedimentos nos SEH também é desafio à segurança do paciente. Um dos focos de prevenção para a ocorrência de eventos adversos é reduzir o risco da realização da cirurgia no lugar errado, na pessoa errada e do procedimento errado.

A passagem de plantões/turno será mais bem abordada adiante, neste capítulo e no 7, "Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente", do livro *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*.

Segundo o modelo de Asplin e colaboradores (2003), existem intervenções prévias no momento da chegada do paciente no SEH que são essenciais para reduzir a demanda e avaliar adequadamente o risco e o grau de prioridade para o atendimento. O médico hospitalista pode atuar como elemento de ligação entre os diferentes serviços, responsável pelo gerenciamento integrado dos leitos/camas, introduzindo grau de dinamismo na avaliação do progresso dos pacientes hospitalizados. O suporte de leitos/camas de menor complexidade permite a continuidade do cuidado e a possibilidade de oferta de atenção multiprofissional de acordo com as necessidades de cada paciente.

Estratégias com foco na segurança do paciente para enfrentar a superlotação

Estratégias e técnicas voltadas à segurança do paciente podem ajudar às equipes dos SEH a manter o cuidado mais seguro, mesmo em condições de superlotação. Vejamos as principais:

- ✿ Adoção de protocolos que permitam avaliar risco de incidente.
- ✿ Suporte de farmacêuticos para aperfeiçoar o manejo de medicamentos.
- ✿ Utilização da lista de verificação da cirurgia segura.
- ✿ Definição de quais procedimentos devem ser realizados nos SEH ou nos Centros Cirúrgicos.

- * Utilização de sistemas de prescrição computadorizada, de forma a reduzir erros de medicação relacionados a alergias, incompatibilidade entre medicamentos, doses excessivas ou por vias erradas ou em horários equivocados.
- * Estabelecimento de metas diárias para o cuidado que permitam definir pacientes prioritários, facilitar a comunicação entre as equipes.
- * Realização de discussões coletivas matinais para organizar as atividades (*briefings*) utilizando três questões simples:
 1. O que ocorreu durante a noite que todos os profissionais necessitam saber (problemas com equipamentos, modificações no quadro clínico de pacientes, ocorrência de incidente)?
 2. Por onde começamos os “rounds”: (Por qual paciente? Quem pode ser transferido? Quem está de alta?).
 3. Podemos antecipar algum problema durante o dia (insuficiência de pessoal, problemas com os equipamentos)?
- * Utilização de pacotes de intervenções (*bundles*) relativos à Prevenção de Infecção Associada à Ventilação Mecânica (PAVM), de Infecção Associada ao Uso de Cateter Venoso Central, e de lembretes etc.
- * Utilização de tabuletas ou *smartphones* com informações sobre o paciente, com protocolos clínicos, sistemas de apoio à decisão etc.
- * Uso de ferramentas para aprendizagem com incidentes que já ocorreram (O que ocorreu? Por que ocorreu? Priorizar fatores contribuintes. Quais estratégias podem reduzir novas ocorrências?).
- * Utilização de pulseiras brancas para dupla identificação de pacientes.
- * Definição de políticas de manejo de medicamentos nos SEH (segregação de medicamentos perigosos; identificação por escrito dos medicamentos *look alike, sound alike*, dose unitária etc.).

Existem outras estratégias fundamentais para tornar o cuidado mais seguro nos SEH, em particular naqueles que estão superlotados:

- * Visitas das lideranças ao SEH com foco na segurança do paciente.
- * Capacitação sobre segurança do paciente.
- * Criação de equipes de saúde responsáveis por um programa de segurança do paciente²¹ (CUSP – *Comprehensive Unit Based Safety Program*) (Armstrong Institute for Patient Safety and Quality, 2013).
- * Emprego de técnicas de simulação para fortalecer as equipes em torno de sistemas seguros de cuidado.

Para refletir

Em sua organização, são utilizadas algumas dessas estratégias? Quais?

Se elas não são empregadas, a que você credita essa lacuna de cuidados? O que pode ser feito para reverter esse quadro?

No ambiente de cuidados, os aspectos de luminosidade, ruído, amplitude dos espaços, privacidade, entre outros, devem ser revistos, de forma a oferecer aos profissionais maiores possibilidades de concentração e de conforto no trabalho, assim como para os pacientes e seus familiares.

Estratégias sistêmicas para enfrentar a superlotação dos serviços de emergência hospitalar

O modelo “Ciclo Resolutivo da Superlotação dos Prontos-Socorros” estabelece as dimensões necessárias ao enfrentamento da superlotação dos SEH (Bittencourt 2010).

Trata-se de um ciclo, pois todas as estações devem ser implementadas de forma simultânea, em uma espiral crescente de medidas gerenciais. Para a viabilização dessas medidas, é necessário contar com a alta governabilidade institucional e boa capacidade *técnica* de governo. As intervenções, em cada etapa do ciclo resolutivo, podem e devem ser aperfeiçoadas ou traduzidas localmente.

Figura 2 – Ciclo resolutivo da superlotação dos SEH



Fonte: Elaboração dos autores

Acolhimento e classificação de risco

O acolhimento do paciente em situações agudas nos SEH representa um momento especial, que não é adequado em grande parte das organizações. É comum o acolhimento ser realizado por profissionais de segurança patrimonial ou agentes de portaria, **em vez de um profissional de saúde, para abordar imediatamente os problemas que levaram o paciente ao SEH.**

Logo após ser acolhido, o paciente deve ser encaminhado a um ambiente reservado em que é realizada a Classificação de Risco (CR) por enfermeiros treinados, utilizando um protocolo (Mackway-Jones et al. 2010). A CR não é uma triagem, pois todos os pacientes deverão ser atendidos; seu objetivo central é estabelecer a prioridade do atendimento em função da gravidade clínica e não por ordem de chegada. Além do uso dos protocolos, os sistemas informatizados reduzem o risco e diminuem o tempo da CR.

Para refletir

A Classificação de Risco é utilizada em sua unidade?

Em caso positivo, que problemas você observa serem resolvidos com esse protocolo?

Em caso negativo, por que essa medida não é implementada?

A CR cria uma nova ordem para o atendimento, com prioridade por gravidade, e não em função da ordem de chegada. Ela pode gerar insatisfação dos pacientes classificados como de menor gravidade, cujo tempo para o atendimento, na maioria das vezes, supera o preconizado nos protocolos. Não raro, encontramos situações de grande tensão nos SEH por essa razão. Por menor que seja o problema clínico, o tempo para o atendimento é importante. O *Fast Track* é uma ferramenta utilizada para diminuir a pressão de porta dos SEH (Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System 2007), pois auxilia nos fluxos dos pacientes classificados como de menor risco clínico nesses serviços para outras unidades assistenciais. No Brasil, um exemplo seria a transferência de pacientes dos SEH para as Unidades de Pronto Atendimento (Upas), para a atenção básica por meio do atendimento em agendas abertas, resguardando o transporte sanitário seguro, e até mesmo para ambulatórios no próprio hospital. Dessa forma, os atendimentos nos SEH seriam focados nos pacientes mais graves.

Protocolo de Manchester de Classificação de Risco (Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System 2007)

Vermelho (emergência): tempo-resposta máximo = 0 minuto

Laranja (muito urgente): tempo-resposta máximo = 10 minutos

Amarelo (urgente): tempo-resposta = 60 minutos

Verde (pouco urgente): tempo-resposta = 120 minutos

Azul (não urgente): tempo-resposta = 240 minutos

Reorganização do processo de trabalho nos SEH e nos setores de internação/internamento hospitalar

À medida que pacientes com quadro clínico cada vez mais grave e instável procuram os SEH, surge a necessidade de um nível superior de coordenação da assistência – a gestão da clínica. Trata-se da gestão com foco na efetividade clínica e na segurança do paciente, apoiada em equipes de alto desempenho (Fried, Carpenter 2006).

O antigo médico visitador, que apenas examinava o paciente, prescrevia a medicação do dia, solicitava exames e pareceres, relacionava-se pouco com os demais profissionais e, em seguida, ia para outra atividade no mesmo ou em outro hospital tornou-se ultrapassado. Também ultrapassado seja o processo de trabalho baseado no regime de plantão/turno hospitalar, que não garante a responsabilização e vínculo com o paciente. Modernamente, é dada ênfase à constituição de equipes que exercem sua atividade de forma horizontal.

Percebe-se que a era do médico autônomo, que heroicamente resolvia todos os problemas do paciente, já se encerrou (Fried, Carpenter 2006). Outrossim, o médico hospitalista vem assumindo o papel de coordenador clínico.

O novo padrão instituído pelo médico hospitalista, com atuação originalmente desenvolvida nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, tem sido utilizado como responsável por gerenciar os recursos hospitalares e coordenar as ações assistenciais, tornando-as menos fragmentadas, mais holísticas, efetivas e eficientes. O médico hospitalista deve prestar assistência mais intensiva, baseada na experiência e expertise – itens extremamente valorizados (Wachter, Goldman 1996). Em um estudo no qual um médico hospitalista assumiu a responsabilidade central nos SEH como diretor de leitos/camas do hospital e passou a coordenar dois “rounds” por dia na UTI e no SEH, houve diminuição do tempo de permanência no hospital, no tempo de saída do paciente do SEH e na taxa de mortalidade (Howell et al. 2008).

Todavia, o principal fator de sucesso do trabalho de coordenação clínica do médico hospitalista está na constituição de equipes de alto desempenho, que deverão ser implementadas nos SEH e nas unidades de internação/internamento a partir de alguns princípios (Fried, Carpenter 2006).

As equipes são multiprofissionais

A maioria dos hospitais funciona com profissionais atuando de forma isolada, muitas vezes em antagonismo. A formação de equipes não se dá espontaneamente e demanda persistência por parte da direção do hospital, organizando-se por unidades de produção assistencial.

Objetivos claros

Em cada serviço de saúde existem problemas específicos, com nuances pouco perceptíveis à direção da organização hospitalar, e que devem gerar soluções adequadas. As equipes devem atuar com metas, indicadores e objetivos bem definidos, evitando perda de energia, diante dos inúmeros problemas do cotidiano.

Autoridade

A direção do hospital deve delegar autoridade para as equipes resolverem os problemas da sua esfera de atuação.

Metodologia de trabalho

As equipes devem ser capacitadas para utilizar ferramentas de gestão a fim de se manterem motivadas, resolver suas contradições internas, tendo uma liderança capacitada para moderar os conflitos e estimular a participação de todos seus membros.

Tomada de decisões

Planejar, agir, avaliar e qualificar (PDCA). Essa ferramenta permitirá a atuação das equipes baseada em evidências, melhorando continuamente as soluções, aumentando a capacidade de aprendizado da equipe.

Premiação/incentivos financeiros

A organização deve introduzir uma remuneração flexível pela produção dos serviços de saúde, premiando a atuação coletiva das equipes, não só do indivíduo.

Para refletir

Existe a figura do médico hospitalista em sua organização? Você acha possível, frente à forma de organização da sua unidade, ter um médico hospitalista e a constituição de equipes de alto desempenho? Por quê?

Gestão de leitos/camas

A principal estratégia para melhorar o fluxo de saída dos pacientes do SEH é aprimorar a gestão do principal recurso do hospital: o leito/cama. Trata-se de um recurso finito, escasso, geralmente em déficit crônico.

Quando se analisa a situação geral dos leitos/camas hospitalares no Brasil, percebe-se um paradoxo, pois, com base nas disposições legais sobre oferta de internações/internamentos (Portaria n. 1.101/2002), há leitos/camas hospitalares além do preconizado, revelando um descompasso. Ao considerarmos 10% da população de 180 milhões internadas anualmente, com média de permanência de cinco dias e taxa de ocupação de 80%, seriam necessários 310 mil leitos/camas. Hoje em dia, existem cadastrados 440 mil leitos/camas, todavia, registra-se a falta de leitos/camas de UTI, já que seriam necessários 31 mil leitos/camas (10%), e existem cadastrados apenas 12 mil leitos/camas (Vecina Neto, Malik 2007). Apesar desse déficit, dados recentes confirmam importante tendência à diminuição de leitos/camas hospitalares e o discreto aumento de leitos/camas de terapia intensiva (Coelho 2006).

Para refletir

Em sua região, existe relação entre superlotação de SEH e déficit de leitos/camas? Qual fonte de informação você usa para ter esse conhecimento?

A realidade demográfica que, agora, se apresenta mudou o perfil nosológico da população, com implicações em novas necessidades de leitos/camas hospitalares tanto em quantidade como na precisão de leitos/camas de retaguarda, e a separação de leitos/camas para pacientes crônicos e agudos. Essa oportunidade favorece a introdução de novos padrões para atenção hospitalar, em que a gestão da clínica é o centro da atividade da gestão hospitalar (Portela 2007) e a capacidade de assumir os desafios da gravidade e complexidade dos pacientes que cada vez mais “habitam” os hospitais. A tendência mundial é que os hospitais absorvam, principalmente, pacientes graves e instáveis para a realização de procedimentos complexos (McKee, Healy 2002).

Nesse contexto, as enfermarias com um a dois leitos/camas realizarão cuidados mais intensivos, possibilitando assistência mais individualizada, facilitando maior controle da infecção hospitalar, mais conforto ao paciente e ao acompanhante. A gradação do risco clínico deverá ser avaliada com objetivo de prestar melhor assistência aos pacientes

internados. Esse modelo ampliará as taxas de utilizações do leito/cama hospitalar, possibilitará o aumento da rotatividade e a diminuição do tempo de permanência, otimizando os recursos hospitalares. A permanência no hospital será mais intensa e mais curta. Os dispositivos organizacionais utilizados para dar conta desse desafio são: “gestão de leitos/camas” e “gestão de vagas”.

A gestão de leitos/camas objetiva agilizar o desempenho clínico – procedimentos diagnósticos e terapêuticos – nos serviços em que os pacientes permanecem em observação ou internados. Consideram-se como parâmetros de maior efetividade a redução da média de permanência e a otimização da capacidade instalada.

A gestão de vagas objetiva compatibilizar a oferta e a demanda por leitos/camas, geralmente escassos, estabelecendo as prioridades para ocupar as unidades de internação/internamento baseadas nos acordos firmados entre os serviços do hospital, assim como proporcionar mais agilidade à internação/internamento e à transferência dos pacientes com maior risco clínico. Busca-se garantir uma taxa de ocupação hospitalar entre 85 e 90%.

As diretrizes para a gestão de leitos/camas e vagas são (Bittencourt et al. 2009):

Centralizar a oferta de vagas de leitos internos e externos e realizar a interface com os serviços demandantes de leitos (recuperação pós-anestésica, pacientes provenientes das UTIs e outras). A centralização da liberação de vaga nos serviços de internação locais ou dos demais hospitais inscritos na rede assistencial é um dos elementos fundamentais nesse processo de gestão, na medida em que a relação de poder sobre a unidade funcional básica e estratégica do hospital - o leito - configura o padrão de acesso ao mesmo. A gestão descentralizada de leitos vagos pode estimular o uso dos micropoderes, possibilitando a utilização privada da oferta mediante critérios inadequados. Simultaneamente, ocorre a identificação das demandas por leitos, sendo que a pressão das unidades demandantes precisa ser canalizada de forma sistemática e ágil, de tal maneira que seu foco permaneça na atenção ao paciente, geralmente grave.



Definir critérios de risco e autorizar a ocupação das vagas. Os SEH exigem a aplicação constante do critério do risco clínico para o cuidado em geral e para a ocupação das vagas internas em particular. A sala de recuperação pós-anestésica tem que permitir a continuidade do cuidado e evitar a estagnação das atividades no centro cirúrgico, nevrálgico em um hospital de atenção ao trauma, assim como a transferência de pacientes de alta dos UTIs. Os pacientes do SEH em tratamento clínico podem ser transferidos com mais facilidade para vagas externas após a estabilização de seu quadro clínico mediante cuidados adequados.

Organizar a transferência inter-hospitalar. É um momento extremamente delicado, pois se trata de transferir pacientes graves, ou potencialmente graves, cuja comunicação deve ser entre as autoridades clínicas de ambos os hospitais envolvidos, de maneira clara e formal, com base em protocolos. Mecanismos de acompanhamento da evolução dos pacientes pós-alta/pós-transferência auxilia no controle de qualidade das decisões tomadas para a alta ou transferência.



Desenvolver a gestão da clínica. Consiste na visita das equipes responsáveis pela assistência aos pacientes no SEH e nas enfermarias, junto com os gerentes destas unidades, buscando sinergia nas decisões clínicas.

Monitorar com o censo hospitalar (oferta x demandas de vagas por enfermaria) e com o tempo médio de permanência (TMP) nos leitos internos. O censo hospitalar permite que se avalie, por meio do gráfico de tendências, antecipadamente, a saturação operacional do SEH. O TMP medido nas diversas unidades identifica o consumo dos recursos hospitalares, contribuindo para a análise do desempenho clínico.



A gestão de leitos/camas e vagas deve estar vinculada diretamente à diretoria técnica, permitindo monitoramento diário e ações corretivas imediatas. É um trabalho contínuo.

Gestão da rede assistencial de apoio

O hospital enfrenta o grande desafio da integração com as demais organizações de saúde para obter a integralidade da assistência (Rechel et al. 2009). A constituição de redes de atenção em saúde é o novo paradigma, aprofundando o princípio da ação solidária, cooperativa e com foco na melhoria da efetividade assistencial e organizacional. Atuar em rede de atenção à saúde é necessário, mas é de execução difícil e pressupõe (Brasil 2011):

- * contratualização de metas e resultados;
- * definição da carteira de serviços em cada ponto da atenção;
- * planejamento ascendente a partir das necessidades da população;
- * sistemas logísticos e de informação;
- * superar a abordagem isolada (hospitais ou centros de atenção primária) para a contratualização no âmbito da região de saúde, seguindo critérios de **adscrição** da população estratificada por grau de risco.

Adscrição significa responsabilização. Um serviço de saúde com uma clientela adscrita tem responsabilidade por um grupo de cidadãos em um território definido.

Em uma rede de atenção à saúde organizada é possível desenvolver e implementar o conceito de “Linha de Cuidado” (Cecílio, Merhy 2007), que representa uma forma de transversalização e articulação das práticas de produção de saúde entre os vários serviços de saúde, visando à garantia da integralidade do cuidado. As linhas de cuidado devem ser frutos da articulação de saberes da clínica, da epidemiologia, do planejamento, para aprimorar a efetividade da atenção a partir da definição das responsabilidades assistenciais de cada serviço de saúde, de todos os níveis da atenção, dos mecanismos de integração e corresponsabilização clínico-sanitária e das formas de garantir os recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização.

O hospital e o SEH fazem parte da rede de assistência como um “ponto sistêmico” integrado às demais organizações de saúde, com sua vocação assistencial bem definida por meio de linhas assistenciais estruturadas que ultrapassam os muros do hospital, dialogando com as demais organizações do sistema via complexo regulador. O sistema sem muros (Hartz, Contandriopoulos 2004). Esse novo papel do hospital é inadiável, é o fim do “hospital que faz tudo”, fechado em si mesmo, sob pena de continuar a representar o ponto de estrangulamento do sistema de saúde, pois, diante do simbolismo da população e da até

então baixa resolubilidade dos demais componentes da rede, ainda se constitui importante porta de entrada do sistema.

No entanto, espera-se, também, o caminho inverso, a desospitalização por meio dos serviços de atenção domiciliar e da integração com as equipes de atenção básica. Ambas permitirão ampliar os cuidados fora do ambiente hospitalar, com o aumento da participação dos serviços comunitários em procedimentos antes tipicamente hospitalares, otimizando a utilização do “cobiçado” leito/cama hospitalar (Bittencourt 2003).

O desenvolvimento da tecnologia da informação e das comunicações terá grande impacto nos serviços de saúde, pois a integração de toda a informação pelas redes aumentará a utilização de prontuários/processos clínicos únicos e eletrônicos e o uso da telemedicina. A consulta em tempo real, proporcionada pela telemedicina, permitirá a ligação de pequenas unidades de saúde com os grandes centros de especialistas, levando condutas complexas para mais perto do paciente (Rechel et al. 2009).

Cabe ressaltar a Portaria do Ministério da Saúde do Brasil, 2.809, de 07 de dezembro de 2012, que cria as Unidades de Internação/Internamento em Cuidados Prolongados (UCP), assim como os Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP), como mais uma opção para transferir pacientes que ocupam leitos/camas de agudos, nos hospitais com SEH. Trata-se de uma grande evolução, pois, no Brasil, ainda não existe a classificação de leitos/camas de agudos e crônicos, como ocorre na Europa.

Considerações finais

Não há dúvidas de que a superlotação dos SEH é fator contribuinte para incidentes relacionados ao cuidado. O ideal é que os SEH não tenham superlotação e sejam dimensionados para atuar nos momentos de acidentes com múltiplas vítimas. Entretanto, essa não é a realidade em muitos países, com insuficiência orçamentária e dificuldades de gestão. O capítulo apresentou alternativas que podem mitigar essa situação. Em síntese, percebe-se, por meio do modelo “Ciclo Resolutivo da Superlotação dos Prontos-Socorros”, que a ampliação do acesso a novos e necessários serviços de saúde, assim como a integração entre eles, com base na gestão clínica-operacional, permite consolidar uma abordagem consistente para esse grave e complexo problema sanitário. Os recursos financeiros envolvidos a fim de viabilizar tal modelo são imediatos, crescentes e enfrentam resistências, fruto das constantes crises financeiras de caráter mundial (Contandriopoulos et al. 2010). Todavia, esse é o dilema permanente, que envolve novos investimentos no setor saúde, e sempre o pautamos por atender às necessidades inadiáveis da população.

Referências

- Armstrong Institute for Patient Safety and Quality. CUSP Implementation Workshop; 2013 Sep 26-27. Baltimore: Johns Hopkins Medicine; 2013.
- Asplin BR, Magid DJ. If you want to fix crowding, start by fix your hospital. *Ann Emerg Med.* 2007; 49(3):273-4.
- Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA Jr. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med.* 2003;42:173-80.
- Bittencourt RJ. Ciclo resolutivo da superlotação dos prontos-socorros: texto de apoio. Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília; 2013. Disciplina de Planejamento e Gestão em Saúde do Curso de Medicina.
- Bittencourt RJ. Programa de Atenção ao Paciente Crônico–Grave (PAPCG). In: Estruturação de Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Desenvolvimento em Sistemas de Atenção à Saúde (Relatório final). Belo Horizonte: CNPq; 2003. Projeto CNPq Nº480098/01-8.
- Bittencourt RJ. A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional [tese]. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz; 2010.
- Bittencourt RJ, Amaral MA, Prudente L, Scarazatti GL, Massaro A, Pinto ACG. Gestão de leitos e vagas hospitalares: relato de experiência no Hospital de Urgência de Sergipe. *QualiHosp* 2009.
- Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(7):1439-54.
- Bradley VM. Placing Emergency Department crowding on the decision agenda. *J Emerg Nurs.* 2005;31(3):247-58.
- Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei 8.080/90. *Diário Oficial da União* 2011 jun 29.
- Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2007. p. 199-212.
- Champagne F, Contandriopoulos A-P, Picot-Touché J, Béland F, Nguyen H. Un cadre d'évaluation de la performance des systems de services de santé: le modèle EGIPSS: rapport technique. Montreal: Université de Montréal; 2005.
- Cheung DS et al. Improving Handoffs in Emergency Department. *Ann Emerg Med.* Forthcoming 2009 [citado 2013 set 28]. Disponível em: <https://mef.sites.medinfo.ufl.edu/files/2009/11/Wears-2009-Improving-handoffs-in-the-ED.pdf>
- Coelho IB. Gestão hospitalar. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; 2006. Curso de Gestão da Clínica Ampliada em Hospitais.
- Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. Hospital-based emergency care: at the breaking point. Washington, DC: National Academy of Sciences; 2007. p. 18, 130, 424.
- Contandriopoulos A-P, Hartz Z, Gerbier M, Nguyen A. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde. In: Contandriopoulos A-P, Hartz Z, Gerbier M, Nguyen A. *Saúde e cidadania.* Campinas: Saberes; 2010. cap. 8; p. 297-324.

Freitas F. Corredor da morte. Flickr 2010 fev 9 [citado 2014 jun 29]. Disponível em: <http://www.flickr.com/photos/30530989@N05/5307121034/in/photolist-95YobN-9EjJGe-9EjJJa-9EjJKn-9EnDWw-9EjJCz-9Sf1oF-8fKhNv-8zNp6P-kARff4-8PXsBy-8qZD4g-afts8g-8k2YVr-8XMati-8CYhvn-8Xd1Yw-adHVbX-akn59N-8WLSBz-am7JT2-8yFzdm-bFUuvT-bFUtwZ-bFUxb8-bFUs2B-bsZFGb-bFUBER-bFUPsp-bsZEVh-bsZSLG-8PXwgp-fre4er-9EnDZA-9EjJN4-bsZLrU-9xLNH5-9xHNGn-9xLMQy-bsZAyo-a4MEWw-9AbqK5-9A8sMB-9A8skV-8Xa1se>

Fried B, Carpenter WR. Understanding and improving team effectiveness in quality improvement. In: McLaughlin CP, Kaluzny AD. Continuous quality improvement in health care. Ontario: Jones and Barlett Publ.; 2006. p. 154-88.

Graff L, Stevens C, Spaite D, Foody J. Measuring and improving quality in emergency medicine. Acad Emerg Med. 2002;9(11):1091-107.

Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad Saude Publica 2004;20 (Suppl 2); S332-S336.

Howell E, Bessman E, Kravet S, Kolodner K, Marshall R, Wright S. Active bed management by emergency department throughput. Ann Intern Med. 2008;149:804-10.

Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de classificação de risco. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.

Magid DJ, Asplin BR, Wears RL. The quality gap: Searching for the consequences of Emergency Department crowding. Ann Emerg Med. 2004;44(6):586-8.

McKee M, Healy J. Chapter one: The significance of hospitals: na introduction. In: McKee M, Healy J., editors. Hospitals in changing Europe. Buckingham: Open University; 2002. p. 3-13. (European observatory on health care systems series).

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2002 jun 13:36.

Peth HA Jr. Medication safety in emergency department. In: Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL. Patient safety in emergency medicine. Philadelphia: Wolter Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 144-8.

Portela MC. Accountability e qualidade. Cien Saude Colet. 2007;12(3):840-1.

Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M. The changing context of capital investment. Introduction: hospitals within a changing context. In: Investing in hospitals of the future. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009. Chapter 1, p. 3-25. (Observatory studies series; 16).

Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department. Ann Emerg Med. 2010 Sep [citado 2013 set 26];56(3): 261-9. Disponível em: <http://nuhem.com/emlinks/LLSA%20Articles%202013/Older%20patients%20in%20the%20ED.pdf>.

Schull M, Vermeulen M, Slaughter G, Morrison L, Daly P. Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. Ann Emerg Med. 2004;44(6):577-85.

Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Béland F, Denis J-L, Bilodeau H. A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. Health Serv Manage Res 1998;11(1):24-48.

Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J* 2003 [citado 2013 set 28];20:402–5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1726173/pdf/v020p00402.pdf>

Twanmah JR. Emergency department overcrowding, patient flow and safety. In: Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL. *Patient safety in emergency medicine*. Philadelphia: Wolter Kuuwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2009. Cap. 22, p.149-157.

Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Cien Saude Colet*. 2007; 12(4):825-39.

Wachter R, Goldman L. The emerging hole of “hospitalist” in American Health Care Systems. *N Engl J Med*. 1996;335(7):51-517.

Waterer GW, Kessler LA, Wunderink RG. Delayed administration of antibiotics and atypical presentation in community acquired pneumonia. *Chest*. 2006;130(1):11-5.