

HISTÓRICO DA REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS - RBCE

A Rede Brasileira de Cooperação em Emergências - RBCE surgiu da necessidade de integralizar e desfragmentar as políticas de saúde no Brasil, com ênfase no tema da atenção às urgências e dar possibilidade de continuidade de elaboração e implementação de propostas transformadoras mesmo quando há descontinuidade administrativa ou política das gestões de saúde nos Municípios, nos Estados ou na União, através da manutenção de um espaço de intercâmbio de experiências e desenvolvimento de capacidades entre os membros da RBCE. Podemos dividir as atividades e produtos da RBCE, até o presente momento, em quatro períodos com diferentes características de atividades e ênfases programáticas:

I PERÍODO: FORMULAÇÃO DAS BASES DA POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIAS E A LUTA POR SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO NORMATIVA 1995 - 2003

O trabalho da RBCE foi estruturado através da elaboração coletiva de novos conceitos e da sua operação, por meio de apoio a projetos e à implantação de experiências estruturantes da atenção às urgências no País, entendendo as urgências como um tema abrangente e de forte impacto na organização e viabilidade do SUS, na medida em que os serviços de urgência se constituem em porta de entrada do Sistema e necessitam portas de saídas articuladas em relação a todos os outros componentes do mesmo.

II PERÍODO: APOIO A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS E O QUESTIONAMENTO DOS LIMITES DE SEU AVANÇO 2003 - 2007

Durante os anos de 2003 e 2004, muitos de nós, técnicos vinculados a RBCE estivemos engajados nas atividades da CGUE e logramos implantar um grande número de SAMUs em todo o país, o que se constitui num avanço inquestionável. A RBCE foi impulsora do critério de organização dos comitês gestores da atenção às urgências em todas as esferas do SUS e foi incorporada como membro pleno do Comitê Gestor Nacional da Atenção às Urgências desde a sua criação em 2005.

Apesar desses ganhos, porém, já em 2004 tínhamos a percepção de que, se era verdade que o eixo da regulação médica das urgências estava se expandindo muito rapidamente, através das centrais de regulação dos SAMUs, não se via, porém, o mesmo avanço na organização dos complexos reguladores da atenção do SUS, o que acabaria por comprometer a qualidade e o sucesso da regulação

das urgências. Questionávamos e questionamos, portanto a não-implantação dos outros componentes do sistema regional de atenção às urgências, tais como a atenção primária e as unidades de pronto atendimento, e também as portas hospitalares de atenção às urgências.

III PERÍODO: MOBILIZAÇÃO EM DEFESA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS - 2007 - 2011

- QUALIDADE E FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS
- CAMPANHA PELOS DIREITOS HUMANOS NAS URGÊNCIAS
- APOIO A INSTALAÇÃO DOS SISTEMAS REGIONAIS

Apenas em 2008, conseguimos que a antiga reivindicação de correção dos valores de financiamento concedido pelo MS às Centrais de Regulação das Urgências fosse atendida, através da Portaria GM/MS 2970, em 08 de dezembro. Nesse mesmo mês foi publicada também a Portaria GM/MS 2972, em 9 de dezembro, que orienta a destinação de recursos do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde – QualiSUS, prioritariamente à organização e qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências e, finalmente, em 13 de maio de 2009, a Portaria GM/MS 1020, que substitui a Portaria 2922 de 03 de dezembro de 2008, que estabelece diretrizes para a implantação de novas unidades não hospitalares de atendimento às urgências e salas de estabilização, destinando recursos de investimento para construção e aquisição de equipamentos para essas unidades, além de recursos a título de contrapartida mensal de custeio do MS para sua manutenção. Essas novas diretrizes técnicas e recursos têm enorme potencialidade na organização e qualificação da atenção às urgências, mas para tal, é essencial que a RBCE, através de seus técnicos e representantes, promovesse debates qualificados junto aos governos municipais e estaduais, para que não houvesse a pulverização de esforços e de recursos.

Esta III Etapa de trabalho da RBCE teve como elemento estruturante a luta pela plena implementação da Política Nacional de Urgências, onde ganha enorme importância a Campanha Nacional pelos Direitos Humanos nas Urgências, aprovada na Plenária Final do VII Congresso Internacional da RBCE realizado em Natal em outubro de 2007 e pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde em maio de 2009 (Doc. 7), com o lançamento formal da Campanha em ato na Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul em junho de 2011, no encerramento do VIII Congresso Internacional da RBCE em Porto Alegre – RS, o qual teve como Tema Central "A Superlotação dos Serviços de Urgência (e dos Hospitais) Como Signo da Crise de Acesso e Qualidade do Sistema". (Entenda-se que esta Campanha de caráter permanente mantém-se desde então atualizado suas bandeiras de luta e metas de mobilização, tendo tido um momento importante de visibilização nas Conferências Livres preparatórias para a XVI Conferência Nacional de Saúde em 2019, cujo relatório de síntese e objetivos se encontram em documento anexo).

O VIII Congresso da RBCE reivindicou o respeito ao imperativo dos Direitos

Humanos e a ousadia de cumprir a Lei, questionando: Por que ainda não implantamos integralmente a Política Nacional de Atenção Integral às Urgências do SUS? ; A necessidade de um Departamento de Atenção às Urgências no Ministério da Saúde ; pela reativação do Comitê Gestor Nacional das Urgências.

IV PERÍODO:

Fortalecimento do enfoque dos direitos humanos e sociais.

2012 - 2017

- Fortalecimento dos conhecimentos para levar adiante a Campanha pelos Direitos Humanos na atenção às urgências e no acesso hospitalar, destacando tempos de espera e permanência nas urgências.
- Estudos sobre as bases para uma reforma hospitalar do SUS – enfrentando a insuficiência da oferta em todo o País – incorporação do enfoque de Sistemas Complexos Adaptativos.
- Desenvolvimento de Projetos no âmbito do PROADI-SUS para materializar nossas iniciativas com retomada do desenvolvimento de projetos de incidência em territórios e redes de atenção para instalar as propostas formuladas pela RBCE, como laboratórios de transformação social e assistencial

Etapa V: 2018 até agora

Com esta perspectiva em mente, começamos a buscar os espaços para realizá-la.

Buscamos três dimensões conectadas:

A- Mobilizar a sociedade em sua capacidade de reivindicação a partir da premissa dos direitos humanos na atenção às urgências e no acesso hospitalar. Para tanto apostamos em:

1. uma nova etapa da Campanha Nacional pelos Direitos Humanos na atenção às urgências e no acesso hospitalar, a partir das 9 conferências livres sobre esses temas realizadas em 2019 (ver documento de síntese sobre as mesmas, apresentado na XVI Conferência Nacional de Saúde em 2019);
2. na instalação de uma nova etapa de nosso Observatório Nacional desses direitos, em convênio com a PUC – SP e seu observatório de violência policial.
3. Formar atores sociais e políticos no âmbito da sociedade civil e política e nos poderes do Estado para levar adiante estas perspectivas baseadas nos Direitos.

Com isso, nasceu a Campanha 4x4:

Propomos duas bandeiras centrais de luta para salvaguardar os direitos humanos:

- 1- Por um Tempo Máximo de Permanência: de 4 a 8h nos serviços de urgências - Controlar o tempo

de permanência nas urgências é uma medida fundamental tanto para proteger a vida dos pacientes, preservando suas chances de cura sem prejuízos permanentes à sua saúde, quanto para evitar desperdícios de recursos do sistema de saúde. Para tanto os serviços têm que estar organizados para acolher, diagnosticar e começar o tratamento efetivo no menor tempo requerido pelo paciente. Aqueles pacientes que permanecem por mais de 12h sem internação apresentam 40% a mais de chance de óbito e, quando internados, permanecem por mais tempo, agravando a congestão de serviços.

2- Por um número suficiente de leitos hospitalares efetivos, que permita o fluxo oportuno dos pacientes para a hospitalização, sejam eles oriundos das urgências ou dos ambulatorios, evitando os grandes tempos de espera e suas consequências. Muitos países tendo pouco mais de três leitos de agudos por 1000 habitantes enfrentam crises permanentes de acesso hospitalar, mesmo com forte atenção primária e esforços históricos de ambulatorização e com unidades de cuidados integrados e continuados de longa permanência. No Brasil onde os leitos efetivos não são mais que 0,7 por mil habitantes, a profundidade da crise exige uma reforma hospitalar no SUS que aponte o caminho para um ponto de equilíbrio futuro aceitável para a sociedade. O déficit de leitos supera o número de 500.000, com diminuição constante do número de leitos desde 1992. Recomendamos como meta nacional 4 leitos por 1000 habitantes, onde 2,5 leitos por 1000 para agudos, 1 leito por mil habitantes para atenção eletiva e 0,5 leitos por 1000 habitantes para longa permanência com cuidados sociais e sanitários e que não necessitam ser em ambiente hospitalar.

Essas bandeiras conduziram a CAMPANHA 4x4: 4 horas para atender e 4 leitos por mil habitantes, o ativismo em busca do respeito máximo aos direitos do acesso à saúde e seus 4 eixos de luta e suas 14 metas:

- 1- 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, eliminando o tempo prolongado de espera, e erradicando as mortes evitáveis, a sobre-morbidade e exposição a enfermidades e traumatismos, hoje negligenciados pelas políticas de Estado e por muitas gestões de saúde;
- 2- 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, remuneração e carreira, com o objetivo de alcançar as condições ótimas de atendimento da população;
- 3- Responsabilização dos poderes da República – Executivo, Legislativo, Judiciário e Ministério Público nas suas respectivas esferas de poder e atribuição, pelas condições que afetam a situação e capacidade de responder às urgências da

população de forma adequada e suficiente e, mobilização dos gestores das três esferas de governo e dos próprios gestores e trabalhadores dos serviços de urgências para que não aceitem a condição restritiva imposta ao sistema de saúde e conseqüentemente aos pacientes das urgências; estimulando-os a lutar contra a naturalização das condições inaceitáveis de atenção aos pacientes nas urgências, construindo 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). Pois se sabemos que a oferta existente é insuficiente para a demanda já conhecida, isto caracteriza uma negligência imperdoável, UMA DESASSISTÊNCIA PROGRAMADA, que vai se agravando a cada dia.

4- 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 – nas redes de atenção básica, nos SAMU, Pronto Atendimento e Serviços de Urgência Hospitalares.

METAS:

1-Nenhum paciente internado nos serviços hospitalares de urgências ou nas UPAs (estimulando protocolos de máxima capacidade das unidades de internação, criando leitos de cuidado intermediário e responsabilização das equipes de internação pelos pacientes com prescrição de hospitalização retidos nas urgências);

2-Tempo de permanência máximo de 4 a 8 horas nas urgências, conforme a classificação inicial das necessidades ou risco dos pacientes (como propõe a Associação Canadense dos Médicos de Emergência - CAEP);

3-Hospitais com uma taxa de ocupação de 85%, em equilíbrio entre uso ótimo e evitando superlotação;

4-Zero macas de ambulâncias retidas nos hospitais e UPAs;

5-100% das mortes e complicações ocorridas nos serviços de urgências investigadas pelos comitês de mortalidade desses serviços, com publicação das conclusões das análises, evitando a repetição de falhas ou insuficiências nos serviços;

6-Todos serviços de urgências com suas competências e obrigações publicadas em um guia digital de serviços disponibilizado ao público dos municípios, regiões e estados, com todos os serviços sendo acompanhados por comitês gestores ou grupos condutores, observado a paridade com os usuários e publicando periodicamente o seu desempenho em termos de resultados assistenciais, de tempos de espera e de permanência, e de uso dos recursos de internação;

7-Todos serviços de urgências com metas e limites de tempos de espera e permanência para atenção às urgências definidos e publicados, onde a espera pelo

primeiro atendimento médico não seja maior que uma hora, conforme as recomendações internacionais;

8- A força de trabalho nas urgências dimensionada conforme o volume e gravidade esperada dos pacientes em cada período de tempo, considerando tempo médio de atenção por perfil de gravidade dos pacientes e tempo máximo de espera (ver recomendações sobre lotação de médicos na Resolução CFM 2077/2014);

9-Monitoramento da saturação / congestão das urgências para evitar sua superlotação mediante medidas que intervenham oportunamente, tais informações devem compor um painel de acesso ao público pela internet;

10-Cumprimento das habilitações mínimas certificadas dos trabalhadores das urgências conforme as orientações da Portaria Ministerial da Saúde 2048 / 2002;

11- Promovido em todas as regiões de saúde do Brasil e nos Estados a elaboração de um planejamento integrado de Redes de Atenção às Urgências com Redes Hospitalares e de Atenção Básica suficientes, compondo um todo suficiente e onde se defina segundo necessidades populacionais e linhas de cuidado a suficiência qualificada de serviços de urgências e de número de leitos de agudos, eletivos e de longa permanência que deem conta da dívida social atual e do crescimento futuro projetado da demanda pelo crescimento e longevidade populacional, tendências epidemiológicas e impactos econômicos, sociais e ambientais na vida das pessoas.

12- Fortalecidos os complexos de regulação assistencial às urgências e à saúde em geral, com garantia de tempos de espera adequados para o melhor resultado clínico e com transparência dos tempos de espera acessíveis aos cidadãos.

13- Estabelecida a educação permanente e a gestão clínica implementada em favor dos cidadãos e suas famílias, em equipes transdisciplinares e com atenção à sustentabilidade do sistema de saúde.

14- Lutar contra a EC 95, contra a financeirização das políticas sociais, da dívida e dos interesses da dívida brasileira que deve ser auditada, eventualmente anulada, e de uma reforma tributária onde os que mais tem paguem muito mais que os que pouco tem, com o objetivo de redistribuição da riqueza mediante tributos progressivos e serviços públicos de qualidade para toda a sociedade; pois a ausência ou insuficiência de recursos impede alcançar o equilíbrio do sistema de saúde e submete os serviços de urgências e hospitais a uma pressão ainda mais violenta.

Congresso 2020: <https://www.youtube.com/watch?v=w7hPgC7iIW0&t=9485s>