

A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro

Quality in the public health services emergency and some considerations about recent events at Rio de Janeiro city

Roberto José Bittencourt¹
Virginia Alonso Hortale¹

Abstract *The main focus of the QUALISUS Program run by Brazil's Ministry of Health is the quest for quality in healthcare services, particularly in hospital emergency rooms. Taking as an example the crisis in health emergency services in Rio de Janeiro, this paper discusses some structural characteristics of this Program, emphasizing enhanced responsibility and a stronger team spirit for modified intake systems and building up of seamlessly integrated healthcare networks. Identifying possible solutions for this crisis based not only on funding it suggests a quest for a new identity, redefining and integrating healthcare vocations, structuring flows and revising the work processes of healthcare services through a systemic approach focused on the user.*

Key words *Quality, Healthcare system, Emergency services*

Resumo *A busca da qualidade nos serviços de saúde, em especial nos serviços de emergência, é o foco do Programa QUALISUS do Ministério da Saúde. Tomando como exemplo a crise dos serviços de emergência hospitalar no município do Rio de Janeiro, este artigo discute algumas das características estruturantes desse programa, com ênfase no aumento da responsabilização e vínculo das equipes, na modificação do acolhimento nos serviços de emergência e na integração e constituição de redes assistenciais. Identifica possibilidades de soluções para a crise do sistema de saúde localizadas não somente no âmbito do financiamento. Sugere a busca de uma nova identidade, de caráter sistêmico, como a redefinição e integração das vocações assistenciais, organização de fluxos, repactuando o processo de trabalho dos serviços de saúde, tendo como central o usuário. Palavras-chave* *Qualidade, Sistema de saúde, Serviços de emergência*

¹Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. robertobitt@cardiol.br

Introdução

Em junho de 2004, o Ministério da Saúde lança o Programa QUALISUS para 27 regiões metropolitanas das capitais brasileiras e para cerca de 80 hospitais com serviços de emergência, visando melhorar a qualidade da atenção à saúde realizada pelo Sistema Único de Saúde.

O início do programa ocorre no município do Rio de Janeiro, onde o sistema de saúde municipal, em especial os serviços de emergência, passou por uma de suas maiores crises, atestado pela mídia televisiva que expõe as seguintes notícias: “Hospital Souza Aguiar: mais cirurgias canceladas” – RJ TV, 11/06/04; “Omissão ou precariedade (sobre as salas cirúrgicas do HSA)?” – RJ TV, 11/06/04; “Médicos se revoltam com as precárias condições das unidades de saúde” – RJ TV, 29/05/04; “Espera e desespero (sobre o raio X quebrado do Hospital Pedro II) – RJ TV, 27/05/04; “Rio sem saúde” (sobre o atendimento precário dos hospitais do Rio) – RJ TV 16/06/04.

Estão presentes nesse cenário importantes atores, como os profissionais de saúde dos hospitais de emergência, gestores centrais e gerentes das unidades hospitalares do município, do estado e do governo federal, Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, Sindicato dos Médicos, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público Estadual, Comissões de Saúde da Câmara de Vereadores e Assembléia Legislativa, Corpo de Bombeiros, universidades, instituições formadoras de profissionais de saúde e centros de pesquisa. Além disso, o ambiente político-partidário é de intensa disputa, configurando um contexto complexo e de tensão permanente.

Em março de 2005, essa situação é considerada “calamidade pública”, e pelo Decreto da Presidência da República, o Ministério da Saúde requisita a gestão de seis hospitais da rede pública do município, desabilita da gestão plena o município do Rio de Janeiro, passando a responsabilidade da gestão municipal do SUS, por tempo indeterminado, para o Estado do Rio de Janeiro. No entanto, após quarenta dias, o Supremo Tribunal Federal considera que a medida fere o princípio federativo, devolve à gestão municipal os Hospitais Souza Aguiar e Miguel Couto e mantém sob gerência federal quatro hospitais que haviam sido municipalizados em 1999 (Hospital da Lagoa, Hospital de Ipanema, Hospital Cardoso Fontes e Hospital do Andaraí). Além disso, impede a utilização de bens e profissionais contratados pelo município para administrar esses hospitais.

Interessante notar que semelhante situação havia ocorrido em 1989, quando da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Nessa época, foram estadualizados os atuais institutos federais de especialidades, além dos Hospitais da Lagoa, Ipanema e Hospital dos Servidores do Estado (HSE), que também, por dificuldades no cumprimento do repasse financeiro federal, foram devolvidos ao Ministério da Saúde em 1993¹.

É nesse contexto que o programa QUALISUS pretende contribuir para a reorganização no município do Rio de Janeiro de cinco serviços de emergência de hospitais das três esferas de gestão, municipal, estadual e federal (Souza Aguiar, Miguel Couto, Andaraí, Rocha Faria e Bonsucesso).

Já foi constatado que a crônica crise de financiamento do setor saúde, resultado da política de superávits fiscais e contingenciamentos orçamentários ocorridos na última década no Brasil, estariam favorecendo as crises cíclicas no Sistema Único de Saúde (SUS)². Ao buscar identificar possibilidades de soluções para a crise, localizadas não somente no âmbito do financiamento, este artigo, tomando como exemplo a crise da atenção hospitalar de emergência no município do Rio de Janeiro, faz uma incursão em algumas das características estruturantes do programa QUALISUS, com ênfase no aumento da responsabilização e vínculo das equipes, na modificação do acolhimento nos serviços de emergência e na integração e constituição de redes assistenciais.

QUALISUS: definição e estratégias de implantação

O Programa QUALISUS³ estabelece como objetivo a busca da qualidade na atenção à saúde no SUS enquanto política estratégica de governo. Qualidade é definida como o grau com que os serviços de saúde satisfazem as necessidades, expectativas e padrões de atendimento dos indivíduos e suas famílias. São apresentadas seis dimensões de qualidade: (1) resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde; (2) redução dos riscos à saúde; (3) humanização das relações entre os profissionais, entre os profissionais e o sistema de saúde, e entre os profissionais e os usuários do sistema; (4) prestação na atenção e conforto no atendimento ao usuário; (5) motivação dos profissionais de saúde; (6) controle social na atenção e organização do sistema de saúde do país.

O QUALISUS tem como base pesquisa pro-

movida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde, denominada “A Saúde na Opinião dos Brasileiros”⁴. O nível de conhecimento, opiniões, avaliações, grau de satisfação e posicionamentos da população diante das diversas questões relativas ao atendimento à saúde prestado pelo SUS em todo o país foram os aspectos tratados no estudo. Como principais fontes de insatisfação da população estavam: a demora em resolver seus problemas de saúde; o tempo de espera para ser atendido pelo médico e a equipe de enfermagem e a péssima recepção dos serviços.

Com a intenção de alterar esse quadro, estabelece-se como objetivo geral do QUALISUS a elevação do nível de qualidade da atenção à saúde prestada à população pelo SUS, buscando maior satisfação do usuário com o sistema de saúde. Do ponto de vista operacional, define o usuário do SUS como centro desse processo e propõe: (a) implantar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) para prestar assistência imediata em situações de risco de vida, no domicílio, em via pública; desempenhando papel organizador dos serviços de emergência com o estabelecimento de grades de referência e regulação da sua porta de entrada; (b) instalar a central de regulação de emergência; (c) organizar e melhorar a qualidade do atendimento nos hospitais de emergência; (d) definir a retaguarda de leitos hospitalares e atenção domiciliar; (e) organizar a rede não hospitalar de emergência.

No município do Rio de Janeiro, o programa QUALISUS adota como principal estratégia contribuir para reorganizar cinco hospitais de emergência das três esferas de gestão, municipal, estadual e federal (Souza Aguiar, Miguel Couto, Andaraí, Rocha Faria e Bonsucesso).

Contexto dos serviços de emergência: crise em busca de uma solução

Parte-se do entendimento de Merhy⁵ sobre a existência de uma relação entre o processo de trabalho e as organizações de saúde, ou seja: *Identificando que o campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos para os atos produtivos em saúde, é o lugar central da transição tecnológica do setor saúde, e, portanto o território em disputa pelas várias forças interessadas nesse processo.*

Estudo desenvolvido por Deslandes⁶ descreve o ambiente, o processo de trabalho, a opinião dos profissionais nos serviços de emergência. Nele,

duas características do processo de trabalho destacam-se. A primeira é a responsabilização e vínculo das equipes, alternando entre o heroísmo e o descaso, distinguindo-se por: a) esgotamento físico e mental dos profissionais; b) abandono da evolução clínica dos pacientes aguardando vaga para internar; c) inobservância dos direitos dos pacientes; d) violação dos princípios éticos profissionais; e) desestruturação técnica e operativa das equipes de plantão; f) despreparo no atendimento dos casos emergenciais.

Essa importante dimensão é assim descrita por Gonçalves⁷: *o processo de trabalho não é apenas dispêndio mecânico de forças; é a forma mais especialmente humana de socialidade, de gênese histórica. Em cada grão de tecnologia estão contidas, assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda a construção viva do futuro.*

A segunda característica refere-se à forma de acolhimento nas recepções dos serviços de emergência, onde funcionários do setor de segurança definem a prioridade do atendimento. Talvez aqui, se identifique o aspecto mais grave do atendimento nesses serviços, quando o indivíduo, para além das péssimas condições do ambiente, fica exposto a um critério espúrio de seleção dos seus problemas, em que os casos graves não são priorizados.

A hostilidade que o indivíduo encontra nesse ambiente pode ser entendida como o acirramento de manifestações relacionadas tanto à evolução da cultura hospitalar clássica de isolamento, à atitude impessoal apoiada no tecnicismo ou cientificismo médico positivista, a mecanismos de defesa dada as condições ultrajantes de trabalho, assim como a reação às condições de miserabilidade e violência social⁸.

Identificadas essas duas características, pode-se resgatar como marco referencial o pensamento expresso por Arouca⁸: *a unidade mais simples de análise a ser considerada, no interior da Medicina, é o cuidado médico, que envolve uma relação entre duas pessoas. Uma delas transforma um sofrer; uma insegurança, enfim, um sentir em necessidade, que somente pode ser satisfeita por alguém externo a ela, socialmente determinado e legitimado. É uma relação que se dá em um espaço especializado para suprir; resolver ou atender a esse conjunto de necessidades denominadas doença.*

Ao ampliar o conceito de “cuidado médico” para “atos cuidadores”⁶, são ampliadas também as responsabilidades de produção das ações de saúde para equipes multiprofissionais e a própria noção dos processos de trabalho. A gestão

do cuidado nos serviços de emergência poderia ser realizada por equipe formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e tendo como retaguarda profissionais fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos, integrados em um plano terapêutico individualizado, com problemas, metas e responsáveis devidamente registrados e acompanhado em um prontuário único⁹.

A definição do grau de complexidade de uma situação de emergência é em si difícil, pois se deve levar em conta a subjetividade do indivíduo e a objetividade biomédica. Daí a necessidade de se classificar as síndromes clínicas ou cirúrgicas agudas ou crônico-agudizadas a partir do risco de morte¹⁰. Há relatos¹¹ de inúmeras tentativas, em vários países, de caracterizar esses casos como situações de emergência, rotina, emergência grave, emergência vital, emergências verdadeiras, situações de alto risco, emergências falsas, emergência presumida, emergência aparente, entre outras.

Contexto do SUS no município do Rio de Janeiro e considerações sobre a conjuntura recente

A atual organização do sistema de saúde tem origem no início da década de 30 e que predominou por mais de três décadas no Brasil, com os serviços prestados pelos institutos de previdência dos trabalhadores do comércio, bancários, industriários, servidores públicos e outros¹².

Na década de 60, com a inauguração de Brasília, o Rio de Janeiro beneficiou-se, herdando toda a estrutura de saúde do antigo Distrito Federal: seis hospitais públicos (gerais e de emergência) e quatro institutos; hospitais e cuidados aos portos e aeroportos pertencentes ao Ministério da Saúde; os postos de atendimento médico do INAMPS e cerca de 28 unidades assistenciais das universidades, hospitais militares, hospitais destinados aos servidores federais e estaduais. Portanto, uma capacidade pública instalada ímpar no país e que deveria garantir aos usuários assistência ambulatorial e de internação.

O modelo é essencialmente público, porém desarticulado, sem comando único, em que cada instância implementa ações de forma autônoma. Ainda hoje, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro não assumiu o papel intransferível de gestor do sistema local, ignorando a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que define explicitamente esse papel.

Há estudos mostrando que o modelo hospitalocêntrico vem sendo, ao longo das últimas décadas, substituído pelo modelo caracterizado por uma maior integração entre os serviços, pelo desenvolvimento de redes assistenciais, pela constatação que nenhum serviço, isoladamente, dispõe de recursos humanos, financeiros, competência e tecnologia para fazer frente à atenção integral a saúde da população. O chamado “*sistema sem muros*”¹³, com acesso irrestrito, devidamente regulado e interligado por corredores virtuais.

Na conjuntura atual, os gestores vêem-se diante de mais um desafio: a necessidade de avançar na construção de um subsistema de emergência, em que estejam incluídos o componente da regulação médica de emergência, a constituição do comitê gestor de emergência, a organização de rede assistencial de emergência e a organização da grade de referência do sistema.

É com o apoio de três portarias do Ministério da Saúde (nº 2048 de 5/11/2002 e 1863/1864 de 29/9/2003), que no município do Rio de Janeiro, como também nas demais regiões do Estado do Rio de Janeiro, em especial na Baixada Fluminense (metropolitana I), e na metropolitana II (sede em Niterói), se inicia a implantação do serviço de atendimento móvel às urgências (SAMU) e unidades pré-hospitalares fixas de atendimento às emergências¹⁴.

Pretende-se com isso que esse subsistema, uma vez organizado, auxilie a conter a alta demanda aos serviços de emergência, atuando de forma integrada e em rede. Como exemplo positivo, tem-se a experiência da implantação do sistema de emergência do município de Ribeirão Preto, São Paulo, onde se verificou uma queda acentuada nos atendimentos do principal serviço de emergência, com a população recorrendo cada vez mais ao telefone 192¹⁵.

É possível fazer algumas apostas?

O Sistema Único de Saúde, como todo sistema complexo, exige alto grau de desempenho de suas atribuições, sob pena de perder legitimidade social e surgirem crises sucessivas de gestão. São aqui consideradas três delas:

(1) **oferta de atenção integral à saúde que remete, imediata e obrigatoriamente, à construção de serviços integrados.** A iniciativa para a construção das redes, corredores virtuais e referência e contra-referência que assegurem a continuidade do cuidado, acompanhada de guias e protocolos clínicos padronizados, constituiria

uma situação de maior governabilidade da gestão em níveis macro e micro¹³.

(2) **busca da qualidade - o refazer dos atos cuidadores, reabertura das caixas de ferramentas tecnológicas, releitura dos processos de trabalho nos diversos níveis do sistema.** Caberia ao nível técnico-político encontrar espaços para estimular processos avaliativos da qualidade do trabalho individual e institucional, rompendo com a armadilha de que só é possível maior compromisso após aumento de salários¹⁶.

Pode-se dizer que hoje, dadas as condições de trabalho em saúde, abrir o *front* da melhoria da qualidade dos serviços é um compromisso de profissionais e gestores que atuam diretamente nos serviços de saúde, e que se expressa também na melhoria das condições de atividade do profissional de saúde, incluído melhor remuneração.

O contrato de gestão, como um exemplo da busca da qualidade dos serviços, ocupou lugar importante no sistema de saúde francês, em especial no subsistema hospitalar¹⁷: ***O sucesso dos contratos de gestão pode acontecer em três dimensões: nos objetivos definidos, na forma de organização e na cultura existente. Na dimensão dos objetivos, sempre compartilhando a análise do ambiente com os líderes da instituição para sua posterior adaptação. Na dimensão da organização, definindo os centros de responsabilidade e reagrupando-os por especialidades afins; definindo o orçamento dos centros de responsabilidade; modificando a administração, ou seja, ir da decisão unilateral à negociação, do controle detalhista ao serviço prestador de informações, do controle contábil ao controlador de gestão. Na dimensão da cultura existente, transformando a função contábil de gestão em uma função de gestão por delegação.***

O caminho nessa direção seria longo, mas seguramente não começaria por um decreto, de cima para baixo, podendo ser construído no dia-a-dia, entre gestores, através de termos de garantia de acesso ou termos de compromisso entre entes públicos.

No QUALISUS estão incluídas as seguintes “tecnologias leves” de gestão: (a) acolhimento e classificação do risco; (b) gestão do cuidado por nível de gravidade do paciente (c) gestão de vagas e leitos a partir das demandas da emergência (d) instalação do Comitê Gestor reunindo os setores críticos responsáveis pela assistência; (e) instalação do Conselho Gestor, paritário entre

usuários, trabalhadores e gestores; (f) instalação da Ouvidoria e (g) articulação com o SAMU.

(3) **Reorganização do subsistema de emergência.** Os serviços de emergência sofreram modificações nas últimas décadas. Historicamente, foram estruturados com as grandes guerras e, contemporaneamente, com as mortes por acidentes de trânsito e a violência urbana, obriga a incorporar rapidamente a abordagem da “medicina de guerra” à “medicina civil” no atendimento ao trauma¹⁸. Ademais, com o envelhecimento da população, verifica-se o aumento da mortalidade por doenças cardio-cérebro-vasculares, como o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio, que são eventos agudos com amplas possibilidades terapêuticas, desde que atendidos imediatamente.

Essas transformações no perfil epidemiológico da população obrigam os serviços de emergência a adequações focadas no atendimento às síndromes clínicas e cirúrgicas de emergência, incorporando os avanços terapêuticos, tecnológicos, organizativos específicos. Nesse contexto, na formação dos profissionais se adotaria a lógica do desenvolvimento permanente - com os serviços de emergência se constituindo em pólos de ensino, pesquisa e inovação.

Considerações finais

O caminho para superar o modelo atual de atenção nos serviços de emergência deverá ser de caráter sistêmico e ter como foco o usuário, com redefinição e integração das vocações assistenciais, reorganização de fluxos e repactuação do processo de trabalho. O desafio é fazer funcionar o SUS com todo seu potencial de qualidade, em particular no Rio de Janeiro, dada à importância do município, sua capacidade instalada e repercussão para o restante do país.

Embora a discussão tenha se limitado à conjuntura atual, sempre haverá a possibilidade de que, em outros estudos, se aprofunde o conceito de qualidade nos serviços de emergência, assim como evidências sobre a implantação de programas dessa natureza - o que contribuirá para diminuir a distância entre a baixa produção científica sob o tema no Brasil, comparada com a enorme importância que esses serviços representam para a população.

Colaboradores

RJB desenvolveu a estrutura e os conteúdos do artigo. VAH auxiliou na sistematização dos conteúdos do artigo e na redação final.

Agradecimentos

Aos Drs. Antônio Mendes, Gilberto Scarazatti, Maria Leonor Barros Ribeiro, Rivânio Souza e Walter Cintra, pelo estímulo e participação no processo coletivo de construção das idéias sobre a qualidade em hospitais de emergência, realizado no Ministério da Saúde e que deram origem a este artigo.

Referências

1. Parada R. A construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva* 2001; 11 (1): 19-104.
2. Lesbaupin I, Mineiro A. *O desmonte da nação em dados*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002.
3. Ministério da Saúde /Secretaria Executiva. *QUALISUS: Política de Qualificação de Atenção à Saúde*. Brasília. Documento de trabalho. versão 15 de junho de 2004.
4. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). *Saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília. PRO – GESTORES. Editora do Ministério da Saúde. 2003.
5. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 37 ; 118; anexos 1, 2 e 3.
6. Deslandes SF. *Frágeis Deuses – Profissionais da emergência entre danos da violência e recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
7. Gonçalves RBM. Conclusões finais. In: Gonçalves RBM. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Editora Hucitec; 1994. p. 267-270.
8. Arouca ASS. Medicina preventiva e sociedade. In: *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: UNESP/ FIOCRUZ; 2003.
9. Rollo AA. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 321-339.
10. Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) and National Emergency Nurses Affiliation of Canada (NENA) 1998. *Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)*. Canadá.
11. Giglio-Jacquemot A. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
12. Cohn A, Elias EP. *Saúde no Brasil*. São Paulo. Editora Cortez; 2003.
13. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Supl 2): S332-336.
14. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências: SAMU 192*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004.
15. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina Ribeirão Preto* 2003; 36: 498-515.
16. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Rev C S Col* 1999; 4(2): 221-242.
17. Hortale VA, Duprat P. O contrato de gestão na reforma do subsistema hospitalar francês: contribuição à discussão sobre a descentralização dos serviços de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Administração Pública* 1999; 33(2): 7-22.
18. Nathens AB, Brunet FP, Maier RV. Development of Trauma Systems and effect on outcomes after injury. *Lancet* 2004; 363: 1794-1801.

Artigo apresentado em 18/10/2005

Aprovado em 10/07/2006

Versão final apresentada em 07/11/2006