

Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS

Evaluation of emergency services of the hospitals from the QualiSUS program

Gisele Oliveira O'Dwyer¹
Sergio Pacheco de Oliveira¹
Marismary Horsth de Seta¹

Abstract *The aid lent by the emergency services is the object of this paper, which aims to assess the emergency service of the QualiSUS program. The study is descriptive with the application of a questionnaire to the responsible of the emergency services in eight hospitals. The emergency services were always overcrowded, and the causes pointed were the low resolutivity of basic attention and the precariousness of the hospital network. Contributing to this there is the primary care decreased resolutivity and the precariousness of the hospital network. Six hospitals do not manage the emergency service. The entrance system is not organized and only three hospitals work with risk classification. All of them refer difficulties with internal and external services. The hardest pathologies to refer to other services are the chronicles, neurological and social. The professionals do not have specific qualification and the precariousness job contracts do not contribute neither for the professional's fixation nor for his qualification. Clinical protocols are used by one service. It was noticed the influence of the QualiSUS in the hospitals. The failure of the health services network interferes with the emergency patient's profile. The investment of the QualiSUS cannot be restrained to the hospital. Emergency should be more integrated to the system and hospital. The qualification of human resources is indispensable as well as the bed's regulation.*

Key words *Emergency, Evaluation, Hospital quality*

Resumo *A assistência prestada nos serviços hospitalares de emergência é o objeto deste artigo, que pretende avaliar as emergências do programa QualiSUS. O estudo é descritivo, com aplicação de questionário aos responsáveis pela emergência de oito hospitais. A superlotação das emergências é constante e as causas apontadas são a baixa resolutividade da atenção básica e a precariedade da rede hospitalar. Seis hospitais não gerenciam a superlotação. A porta de entrada não é organizada e apenas três hospitais fazem classificação de risco. Foram verificadas dificuldades de relacionamento internas e externas, demonstrando um isolamento da emergência em relação à rede e ao próprio hospital. As patologias difíceis de encaminhar para o sistema são as crônicas, neurológicas e sociais. Em relação às equipes, a precariedade dos vínculos dificulta a fixação do profissional e sua qualificação. Os profissionais não têm capacitação específica e só um serviço utiliza protocolos. Constatou-se pouca influência do QualiSUS nos hospitais. A falência da rede interfere com a superlotação e com o perfil do paciente atendido. O investimento QualiSUS não pode restringir-se ao hospital. A emergência deve estar mais integrada ao sistema e ao hospital. A capacitação de recursos humanos é imprescindível, assim como a regulação de leitos. Palavras-chave* *Emergência, Avaliação, Qualidade hospitalar*

¹Departamento Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Av. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. odwyer@ensp.fiocruz.br

Introdução

Para contextualizar a situação dos serviços de emergência no país, é preciso falar do acesso a esses serviços. É indiscutível o avanço do setor saúde no Brasil, em termos de ampliação da cobertura e níveis de atendimento. Em um trabalho recente sobre as redes de atenção hospitalar¹, demonstrou-se que a atenção hospitalar básica está disponível em praticamente todo o território nacional e poucos são os municípios desconectados. Entretanto, persiste a desigualdade regional no acesso, que é ainda mais marcada em relação aos serviços mais complexos, como a cirurgia cardíaca, por exemplo. Acesso aqui está sendo entendido como o grau de ajuste entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços de saúde¹.

A rede hospitalar do Brasil demonstra que 80% dos hospitais têm convênio com o SUS (Sistema Único de Saúde), alcançando 91,2% no sul². Proporcionalmente, existem mais hospitais no sudeste (33%) e nordeste (30%). A classificação dos hospitais em relação ao número de leitos revela que, de forma geral, 50% dos hospitais têm menos de quarenta leitos. A região sudeste concentra o maior número de hospitais, com mais de quinhentos leitos.

Em relação ao tipo de oferta de serviço de saúde, a rede pública é composta principalmente por unidades de atenção básica (95%) e serviços de emergência (65%). Já a rede privada é composta por atenção especializada (74%) e atenção hospitalar (79%). Consequentemente, existe uma maior utilização de serviços de baixa complexidade e de emergência pela população com menor renda, sugerindo menor acesso à atenção adequada². Essa falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar com certeza impacta o atendimento de emergência, que passa a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas, transformando a emergência em depósito dos problemas não resolvidos.

Durante as últimas décadas, houve um aumento constante na utilização pelo público dos serviços hospitalares de emergência. São utilizados indevidamente no nosso meio, pois cerca de 65% dos pacientes atendidos poderiam ter sido atendidos em ambulatórios. Desses, 36% não darão seguimento ambulatorial à patologia que motivou a procura ao serviço de emergência³. O grande acúmulo de doentes nos serviços de emergência ocorre tanto no setor público como no privado, tanto no Brasil como no exterior, em países em desenvolvimento ou em grandes potências. Atualmente, no nosso país, os serviços de emergência funcionam acima de sua capacidade máxima, com taxa

de ocupação de leitos acima de 100%, com número insuficiente de profissionais, com profissionais sem treinamento ou reciclagem, com excesso de demanda, com demanda inadequada, com verba insuficiente, com gerenciamento precário de recursos, sem leitos de retaguarda e sem planejamento efetivo. Aumenta-se a dificuldade quando coexiste déficit de estrutura e de organização da rede assistencial. A emergência precisa de uma estrutura que propicie maior segurança ao profissional, uma retaguarda de especialistas, leitos de CTI, centro cirúrgico e de recuperação.

O atendimento de emergência deve ser contextualizado ao modelo assistencial de saúde. Em geral, esses serviços não estão amparados por um sistema integrado de informações da rede ambulatorial e os registros produzidos nos pronto atendimentos não estão disponíveis para a continuidade da assistência⁴. Além da constatação da pouca conexão entre o atendimento prestado na emergência e o atendimento possível na rede, existe uma dificuldade de absorção pelo próprio hospital do atendimento gerado na emergência, principalmente da urgência clínica.

Conclui-se que as questões centrais para a avaliação da emergência são a resolutividade e a integralidade. A atuação deve ser conjunta a um sistema de regulação com referência e contra-referência, voltada ao atendimento ambulatorial e à triagem intra-hospitalar e que proporcione locais de seguimento após o atendimento emergencial. Para um sistema de emergência ser organizado, é necessário⁵: existência de plano previamente estabelecido envolvendo os hospitais de determinada área; definição de área geográfica de responsabilidade de cada hospital; categorização dos diversos hospitais segundo sua complexidade, havendo em cada área um hospital de referência para os demais; sistema de resgate e transporte de pacientes a partir do local da ocorrência, com pessoal treinado para decidir *in loco* o tipo de hospital a que deve ser encaminhada a vítima, em função de escala de gravidade de quadro clínico; sistema de comunicação por rádio entre as equipes de resgate e as unidades hospitalares; equipes multiprofissionais e multidisciplinares presentes 24 horas/dia nos hospitais de referência e existência de uma autoridade médica controladora, disponível nas 24 horas do dia, com responsabilidade de chefia sobre o sistema.

O padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é principalmente explicado por seu perfil de necessidade em saúde⁶. A literatura vem referindo que as preferências e escolhas dos usuários influenciam na utilização dos serviços tanto quanto a forma como a

rede está estruturada. A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde. Por outro lado, as escolhas individuais também são cruciais, embora nem todas as necessidades se convertam em demandas e nem todas as demandas sejam atendidas. Inversamente, por produção de oferta, existe o uso de serviços não relacionado com as necessidades⁷. Essa realidade pode ser entendida como universal.

Um estudo, realizado na Jordânia com 2.841 pacientes, classificou como atendimento de urgência e emergência apenas 9% do total, apesar de não haver na região estudada deficiência da rede básica⁸.

Na Suécia, a proporção de atendimentos inapropriados na emergência variou de 30% a 50%, apesar da expansão da atenção básica⁹.

Já em Hong Kong¹⁰, a utilização dos serviços de emergência reflete problemas na atenção básica. Não se pode esquecer que não existe concordância na definição de emergência entre os estudos, podendo comprometer a estimativa da magnitude do problema. O problema que pode ser apontado, por esses e outros estudos, é que pacientes com problemas cuja solução é pertinente à atenção básica frequentam os serviços de emergência em vários países¹¹⁻¹⁸.

Mesmo não havendo relação linear entre a utilização da emergência e a falência da rede básica, pode-se concluir que, sem uma revisão ampla do sistema de saúde, a emergência continuará a ser usada inapropriadamente pelos pacientes como alternativa para o atendimento primário. Essa constatação deve ser vista com cuidado para o paciente não ser rotulado como “inapropriado” ao serviço que ele busca e sofrer a frustração de ter seu atendimento negado como eventualmente tem sido sugerido pela literatura¹⁹.

Restrições de acesso²⁰ têm sido propostas, mas são inaceitáveis na realidade do Brasil, um país com tanta desigualdade social. Uma solução mais compatível com um atendimento humanizado e coerente com a integralidade poderia se dar através da referência para atenção básica ofertada na porta da saída de forma efetiva, após o atendimento (consultas e exames agendados, referências próximas às residências dos pacientes, com endereços e telefones, por exemplo).

A situação da assistência às urgências é bastante complexa, tendo em vista os diversos fatores envolvidos: a necessidade de assistência para os casos de violência e acidentes nos grandes centros urbanos; a difusão dos serviços de pronto atendi-

mento; o processo de transferência da gestão do sistema público de saúde para os municípios; os interesses dos prestadores; as expectativas de assistência por parte da população. Independente da dificuldade de abordar uma questão tão complexa, a principal justificativa para o investimento nos serviços de emergência é que são altamente rentáveis em termos de benefícios sociais, isto é, a redução da morbimortalidade.

A prestação de serviços em melhores patamares de qualidade é uma preocupação explicitada na política de saúde do atual governo federal e tem sido objeto de reflexão e investimento dos profissionais, gestores e grupos de avaliadores, principalmente nas décadas de oitenta e noventa. Para a avaliação da qualidade dos serviços, a opinião dos usuários é imprescindível.

A partir da pesquisa Saúde na Opinião dos Brasileiros, realizada em 2002 por solicitação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), foram diagnosticadas as principais causas de descontentamento da população com os serviços de saúde. Muitas das queixas diziam respeito aos serviços de emergência (baixa capacidade instalada, pouco acolhimento, entre outras).

O resultado da pesquisa serviu de parâmetro para a elaboração do QualiSUS (Portal da Saúde – www.saude.gov.br - Projeto BRA 98/006 – edital 22/04), um conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital. Além de uma reforma mais estrutural dos hospitais, é criado um grupo de humanização do atendimento e há uma reorganização da oferta de leitos com priorização para a emergência, relevante porta de entrada para o sistema hospitalar. Na sua concepção teórica, o QualiSUS é composto por três componentes: (1) qualificação, ampliação, readequação e otimização da oferta de serviços de saúde; (2) humanização, fortalecimento e qualificação da gestão e do controle social na saúde; (3) fortalecimento da capacidade de produção de insumos estratégicos, desenvolvimento tecnológico e do complexo produtivo na saúde.

Outra importante conquista para viabilizar as mudanças propostas pelo QualiSUS é a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192), que é um atendimento pré-hospitalar, que permite a organização no acesso à emergência e a racionalização da utilização da rede pública. A implementação do QualiSUS começou no Estado do Rio de Janeiro, já atende a todas as regiões do país e pretende abranger todas as capitais dos estados brasileiros.

Além da pesquisa de opinião realizada, existem outras justificativas para o investimento nos serviços de emergência. Um recente estudo nacional sobre cargas de doenças²¹ constatou que 10% dos anos de vida perdidos devem-se a causas externas, que requerem atendimento nas unidades de emergência.

Além do investimento do Ministério da Saúde na atenção hospitalar, grande empenho foi concentrado na reorganização da atenção básica, através da estratégia Saúde da Família. Espera-se que a atenção básica se transforme na principal porta de entrada do sistema de saúde e que garanta acesso universal à saúde básica para a população brasileira. A melhora no acesso ao sistema e o aumento da resolutividade da assistência pretendido pelo Programa Saúde da Família (PSF) deve amenizar a busca de atendimento na emergência, especialmente por problemas de alcance da atenção básica.

Finalmente, a Vigilância Sanitária assume o compromisso de inspeção anual de 100% dos estabelecimentos hospitalares que tenham serviço de emergência, comprometendo-se com o monitoramento da qualidade desses serviços. Esse compromisso foi firmado e pactuado no documento Termo de Ajuste e Metas da Vigilância Sanitária, em 2003.

A complexidade do monitoramento da qualidade de um serviço é ainda maior quando se trata de serviços de emergência, visto que seu adequado funcionamento depende da disponibilidade de recursos humanos, físicos, técnicos e tecnológicos diversificados, nem sempre sob sua responsabilidade direta. E, ainda, as bases de dados existentes, no caso específico dos serviços de emergência, não possibilitam o seu adequado monitoramento e até mesmo os indicadores de uso corrente lhes são apenas parcialmente aplicáveis.

Material e métodos

Este estudo foi financiado e atendeu a uma demanda proposta pelo Convênio ENSP/ANVISA de Cooperação Técnica, Pesquisa e Comunicação em Vigilância Sanitária. Trata-se de estudo de caso, com metodologia descritiva e realização de entrevista com atores importantes dos serviços de emergência: o chefe da emergência; o chefe da enfermagem da emergência e o chefe médico de plantão

Foram avaliados oito hospitais públicos de quatro estados brasileiros. No Estado do Rio de Janeiro, foram avaliados os cinco hospitais incluídos no programa QualiSUS. Nos outros estados (Rio Grande do Sul, Pernambuco e Sergipe), foram avaliados um hospital de cada capital incluí-

do no programa QualiSUS até julho de 2005. O critério de escolha baseou-se na importância do hospital para a rede local de serviços de saúde. As visitas foram agendadas pela direção do hospital.

Para a construção do instrumento de avaliação, foram revisados: a legislação sanitária; os instrumentos de avaliação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); os roteiros de inspeção da Vigilância Sanitária e o Manual Brasileiro de Acreditação. A partir destes instrumentos, foi construído um questionário que foi submetido a um painel de especialistas para validação. O painel aconteceu no dia 11 de novembro de 2005 e contou com a participação de oito médicos com reconhecida experiência de trabalho em emergências hospitalares. A indicação desses profissionais foi feita pelos componentes da direção da Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE), que integra vários profissionais envolvidos com a questão e que tradicionalmente cooperam com o Ministério da Saúde na discussão e até na formulação de políticas na área. Participaram dois profissionais do município de Niterói; três do Rio de Janeiro; um de Campinas; um de Porto Alegre e um de Juiz de Fora.

O questionário está dividido em cinco partes. A primeira refere-se às características da clientela. São avaliados a abrangência geográfica de origem da clientela, a lotação da emergência e seus determinantes, a estratégia de gerência para a superlotação e se existe regulação de leitos. A segunda parte do questionário trata dos recursos tecnológicos e humanos da emergência. É analisada a pertinência de recursos para a missão pretendida pelo serviço. Na terceira parte do questionário, são descritos a porta de entrada, o relacionamento com os serviços internos e externos ao hospital que interferem com a emergência, o tipo de doença ou condição clínica que o sistema tem mais dificuldade de absorver e como é avaliado e registrado o paciente "internado" na emergência. A quarta parte do questionário trata de resultados, como taxa de ocupação de leitos hospitalares, tempo de permanência na emergência e tempo de espera para atendimento. E, finalmente, o último bloco trata da avaliação do serviço sob o ponto de vista do entrevistado.

Relatórios específicos, com informações individuais de cada hospital participante da pesquisa, foram encaminhados à direção dos oito hospitais com o intuito de dar uma resposta aos hospitais estudados.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz (CAAE 0130.0.031.000-05) e aprovado no dia 14/09/2005.

Resultados

Os oito chefes das emergências são profissionais experientes e que conhecem bem o serviço. Dos profissionais de enfermagem, apenas um era inexperiente e contratado por cooperativa. Foram entrevistados mais quatro chefes de plantão e quatro médicos plantonistas, com tempo de experiência em emergência variável. As indicações dos entrevistados foram feitas pela direção que eventualmente determinou que outros médicos, que não os chefes de plantão, deveriam responder ao questionário, reafirmando o seu conhecimento do serviço.

Características da clientela

A primeira constatação foi de que os hospitais convivem com uma superlotação constante. A principal causa apontada foi a abrangência geográfica dos atendimentos. Contribuem para a superlotação o precário funcionamento do sistema de saúde de forma geral, e especialmente a baixa resolutividade da atenção básica. Dois hospitais atribuíram a superlotação às dificuldades internas ao hospital. No primeiro, os pacientes renais crônicos são internados na emergência e ficam no serviço aguardando vaga para entrar no programa de diálise. No outro hospital, foi citada a pouca resolutividade da abordagem do paciente pelo número e qualidade técnica dos recursos humanos. Interessante foi a credibilidade em relação ao serviço ter sido apontada como importante enquanto geradora de demanda em três hospitais. A maioria (seis) não tem mecanismos definidos de gerenciamento dessa superlotação, sendo que dois desses fecham as portas eventualmente como estratégia de reprimir a demanda. Uma forma apontada de gerenciar a superlotação foi a criação de uma equipe de evolucionistas e o gerenciamento da utilização do leito hospitalar através da regulação de leitos. A regulação de leitos não funciona na prática. Dois hospitais (fora do município do Rio de Janeiro) têm seus leitos disponíveis para a regulação.

Estrutura e pessoal

Metade dos entrevistados avalia que a infraestrutura é adequada para o atendimento que presta em termos de densidade tecnológica e suficiente para o atendimento imediato. Entretanto, os recursos são escassos em relação à demanda. Em relação ao recurso humano, para dois hospitais, os postos de trabalho estavam completos para as necessidades do serviço. A coexistência de diversos vínculos de trabalho era uma realidade nas emer-

gências estudadas. Existiam funcionários públicos dos níveis federal, estadual e municipal, profissionais contratados pelo ministério por tempo limitado e até profissionais contratados pela sociedade de médicos local. O número de profissionais variou muito, inclusive por plantão no mesmo hospital, e faltavam especialidades. Dois hospitais trabalhavam com equipes mistas, com profissionais diaristas e plantonistas. Os outros contavam apenas com plantonistas. Em um hospital, as jornadas de trabalho eram acatadas de forma diferenciada por categoria e especialidade. Foi referido um caso em que os plantonistas da emergência, além da sobrecarga do trabalho do serviço, eram responsáveis pelo atendimento das intercorrências das outras clínicas do hospital. Em duas unidades, existiam profissionais com capacitação específica em emergência. Um único hospital utilizava protocolos na prática diária e outro tinha protocolos disponíveis que eram pouco utilizados. Um hospital fez referência à baixa qualidade técnica dos seus profissionais. Não havia política de educação permanente em sete hospitais.

Fluxo de trabalho

A porta de entrada era a primeira questão apresentada sobre o fluxo de trabalho. Três hospitais trabalhavam, na porta de entrada, com classificação de risco implementada pelo QualiSUS. Um aspecto importante a ser avaliado em relação ao fluxo de trabalho foi a forma de relacionamento da emergência com o restante do hospital e com os serviços externos ao hospital. As dificuldades externas estavam mais presentes. Todos referiram dificuldades, principalmente com SAMU, bombeiros e clínicas de apoio. Imaginava-se que, internamente, as dificuldades entre os serviços seriam menores, ou pelo menos mais fáceis de gerenciar. Segundo os entrevistados, eram menores que as externas, mas igualmente difíceis de superar. A clínica médica foi o serviço que criou mais dificuldades para a emergência. Apenas dois hospitais negaram dificuldade interna de relacionamento com as outras clínicas. Outra questão era identificar quais eram as situações clínicas mais difíceis de resolver e encaminhar dentro do sistema de saúde. Muitas doenças eram difíceis de encaminhar para o sistema. Merecem nota as patologias clínicas, em especial pacientes crônicos, neurológicos, idosos e sociais. Todos os entrevistados referiram que a maior dificuldade de internação é para a clínica médica. Os hospitais tratavam de forma diferenciada o paciente que fica "internado" na emergência. Em dois hospitais, ocorre co-responsabilização

entre as diversas clínicas e a emergência pelo conjunto de pacientes internados na emergência. Em três, a emergência é a única responsável pelos seus doentes, sendo que um deles tem uma equipe de diaristas para evoluir esses pacientes. Nos três hospitais restantes, apenas alguns serviços cirúrgicos assumiam a responsabilidade pelos doentes localizados na emergência. A co-responsabilidade entre emergência e clínicas foi bem vista pelo conjunto de profissionais entrevistados.

A última questão referente ao fluxo tratou do registro do paciente dentro da emergência. Espera-se que seja aberta Autorização de Internação Hospitalar (AIH) após 24 horas de internação, para caracterizar a necessidade de internação e para fins de pagamento pelo atendimento. Três hospitais traba-

lhavam dessa forma. Dois outros preferiam abrir AIH assim que a necessidade de internação fosse feita, independente do tempo de permanência do paciente. Em um dos três restantes, com critérios pouco definidos de emissão de AIH, no dia da visita, foi visto um paciente com boletim de atendimento há trinta dias. Um único hospital classifica e monitora o tempo de permanência na emergência. Os principais dados são apresentados no Quadro 1, permitindo uma visualização dos resultados por hospital.

Indicadores de desempenho

Como era de se esperar, as emergências têm taxa de ocupação maior que 100% e a taxa de ocupação dos hospitais é de 100%. Em três hospitais,

Quadro 1. Principais achados por hospital.

Condição investigada	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Hospital 5	Hospital 6	Hospital 7	Hospital 8
Estratégias de gerenciamento da superlotação	Leitos disponíveis para regulação	Equipes de médicos diaristas	Inexistente	Inexistente	Inexistente	Inexistente	Inexistente	Inexistente
Leitos disponíveis para regulação	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Política de educação permanente	Inexistente	Inexistente	Presente	Inexistente	Inexistente	Inexistente	Inexistente	Inexistente
Estrutura e recursos suficientes	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Postos de trabalho completos	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Profissionais com capacitação específica	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não
Utilização de protocolos	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Classificação de risco na porta de entrada	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Dificuldade de relacionamento interno	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Co-responsabilidade entre as diversas clínicas	Inexistente	Sim	Inexistente	Só com os serviços cirúrgicos	Só com os serviços cirúrgicos	Sim	Inexistente	Só com os serviços cirúrgicos
Monitoramento do tempo na emergência	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Registro em AIH após 24 horas de permanência	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não

os pacientes são internados sentados nos bancos e, em um, eventualmente até no chão. Em um hospital, a taxa de ocupação era de aproximadamente 90%, apontando para uma ociosidade do leito apesar da demanda por internação da emergência. O tempo de espera para o atendimento do paciente variou muito entre os hospitais (de vinte minutos até quatro horas), assim como o tempo de permanência de “internação” na emergência (de um dia até três meses). A agilidade para atender os pacientes mais graves foi registrada em todos os hospitais. Duas emergências conseguem manter um tempo de permanência pequeno (entre um e sete dias), provavelmente porque esses hospitais não têm internação eletiva.

Opinião dos entrevistados e condições de trabalho

Esta parte do questionário utilizou principalmente os critérios presentes no PNASS. A intenção foi indicar se algum critério se diferenciou positivamente ou negativamente na avaliação do grupo (Figura 1).

A agilidade do atendimento, o acolhimento e a humanização foram considerados insatisfatórios ou muito ruins por 60% dos entrevistados, indicando que as ações referentes ao respeito à condição de usuário do paciente ainda são vistas de forma negativa pelos profissionais. A expectativa e a confiança no serviço foram consideradas muito boas ou satisfatórias por 75% dos entrevistados.

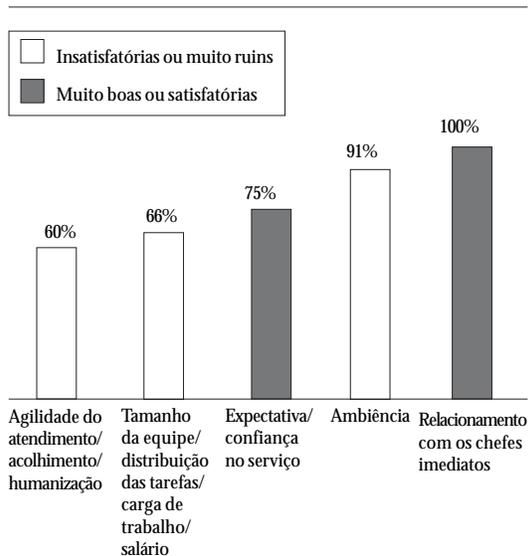


Figura 1. Avaliação do serviço pelos entrevistados.

Esse dado é importante porque demonstra credibilidade da equipe no seu trabalho e na missão do serviço de emergência. A ambiência (conforto, limpeza, sinalização, ruído) foi considerada insatisfatória ou muito ruim por 91% dos entrevistados. Esse quesito deveria estar melhor avaliado, já que sua adequação não exige grande investimento em estrutura e é de fácil solução a partir do investimento no processo de trabalho. O tamanho da equipe, a distribuição das tarefas, a carga de trabalho e o salário foram classificados como insatisfatórios ou muito ruins por 66% dos entrevistados. O relacionamento com os chefes imediatos foi considerado muito bom ou satisfatório por 100% dos entrevistados. O hospital não avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores de um modo geral. A avaliação da satisfação dos usuários assim como a política de humanização são incipientes.

Conclusão

Apesar da constatação de que os profissionais que chefiavam a emergência eram experientes e conhecem a complexidade envolvida nesse atendimento, a equipe da emergência não está bem preparada para o trabalho que realiza. A existência de vários tipos de vínculos, alguns temporários, dificulta a fixação do profissional e aumenta a necessidade de investir na qualificação dos mesmos. Provavelmente, os vínculos são justificados por contratos emergenciais, mas precarizam a relação de trabalho, não resolvem a carência quantitativa de recursos humanos, diminuem o padrão qualitativo da equipe e não contribuem para a integração do corpo clínico da emergência com o do hospital. A insatisfação com a carga de trabalho e remuneração apontada por muitos relaciona-se com o tamanho e qualificação da equipe, mas também com o estresse inerente ao trabalho em emergência, agravado pelas condições insatisfatórias dos serviços e pela pressão das condições de saúde da população com as quais esses profissionais lidam. A insatisfação com o trabalho em emergência vem sendo estudada por muitos autores, que demonstram que o profissional se sente desqualificado em função da remuneração recebida com o nível de exigência, a responsabilidade e o esforço empregado em um processo de trabalho sistematicamente atravessado pelas tensões pessoais, organizacionais e sociais²². Outra questão importante referente à equipe, apontada pela pesquisa, é a ausência de profissionais de rotina em seis hospitais. Apenas as chefias de enfermagem e as chefias da emergência, cargos com enfoque em atividades gerenciais e não assistenciais, es-

tão presentes na rotina da emergência e consequentemente mais integradas ao hospital. Além de uma visão mais ampliada do funcionamento do hospital, a equipe de rotina avalia o seguimento do paciente, melhorando a qualidade da assistência e aumentando o vínculo do paciente com a equipe. Um hospital que não tem diaristas criou a equipe de evolucionistas, o que organiza o trabalho, mas não supera a falta de continuidade na avaliação do paciente que fica mais tempo no serviço.

O isolamento da emergência dentro dos hospitais deve ser enfrentado pela direção e pelo corpo clínico do mesmo. Nos hospitais pesquisados, a "internação" na emergência cria um segundo hospital, muitas vezes isolado do resto das clínicas, principalmente das não cirúrgicas. Esse problema é maior nos hospitais que, além da emergência, têm outras portas de entrada para pacientes eletivos.

A falência da rede e a grave situação social da população refletem no perfil do paciente atendido e que não consegue ser encaminhado. As dificuldades são maiores para os pacientes clínicos, crônicos e idosos. Existe uma dificuldade de aceitação, por parte da equipe, desse paciente que é visto como produto da falência da rede e como inapropriado para o atendimento da emergência. Essa questão deve ser enfrentada por políticas de humanização, estratégias de sensibilização e de aceitação da emergência como porta de entrada possível e legítima do atual sistema de saúde. Deveria-se discutir com a rede como integrar esse tipo de paciente às outras possíveis portas de entrada e preparar-se para atendê-lo, já que as demandas são geradas por fatores culturais e por deficiência de recursos tecnológicos e sociais.

As emergências dos municípios que não contam com o auxílio de outras grandes emergências são menos restritivas à demanda de pacientes, mas repetem o discurso dos outros serviços avaliados de que a emergência deve restringir seu atendimento ao paciente mais grave. Corresponder às expectativas da clientela é um dos maiores desafios para a organização da assistência²³. Esse desafio deve ser perseguido por gestores e acolhido pelos profissionais, já que são os atores da prática.

Outros estudos brasileiros sobre os serviços de emergência têm demonstrado a dificuldade de lidar com a demanda excessiva de pacientes não graves. A ausência de procedimentos de triagem que encaminhem os pacientes para outros serviços é também um motivo de insatisfação com a demora nos picos de atendimento²⁴. As justificativas para a grande demanda foram apontadas. As pessoas recorrem ao serviço por razões diversas: problemas de saúde, fácil acessibilidade, funcionamento durante 24 horas, impossibilidade de re-

correr aos serviços ambulatoriais e também por se sentirem angustiadas e apreensivas²⁵. O mesmo autor afirma que a utilização do hospital representa uma "válvula de escape" dos serviços de saúde, prejudicando o atendimento dos casos considerados adequados, uma vez que o excesso de demanda acarreta acúmulo de tarefas e consequentemente sobrecarga para toda a equipe de profissionais, contribuindo para o aumento dos custos hospitalares. Por outro lado, o fato também aponta para a ineficácia do sistema de saúde, incapaz de oferecer a esses indivíduos um acesso mais fácil à rede de atenção primária, encaminhando-o aos serviços de urgência e emergência²⁵.

Foram feitas poucas referências espontâneas às orientações e investimentos do QualiSUS e só foi constatada influência significativa do programa em dois dos oito hospitais visitados. Ficou evidente que a emergência precisa do apoio da rede de serviços assistenciais e que o investimento QualiSUS não pode restringir-se ao hospital. Não é admissível a falta de recursos materiais e tecnológicos em um serviço de emergência, mas para melhorar o atendimento, um investimento deve ser feito nos serviços ambulatoriais e nos de investigação diagnóstica, cuja assistência reflete na assistência hospitalar.

Observou-se que as políticas de educação permanente não estão implantadas e que os trabalhadores não são avaliados. As ouvidorias foram citadas, mas não estão presentes em todos os serviços avaliados e outras formas de avaliação da satisfação do usuário devem ser implementadas. No município do Rio de Janeiro, não está implantada a central médica de regulação de leitos. Nos municípios onde a regulação está ocorrendo, segundo os entrevistados, há melhor aproveitamento do leito hospitalar e o fluxo de internação é mais efetivo. A realidade, nos quatro estados, em termos de estrutura da rede hospitalar, é muito diversa, mas a regulação é um passo importante na melhor utilização do leito hospitalar. Os oito hospitais visitados representam as grandes emergências que receberam ou estão recebendo incentivos federais através do QualiSUS. Trabalham com a dicotomia de ter profissionais muito experientes e alguns, não só pouco experientes, como mal integrados ao serviço. Trabalham com outra dicotomia que é a de receber e atender bem as grandes emergências e não compreender o papel do seu serviço no atendimento ao paciente não emergencial. Esperam, como muitos, que a atenção básica torne-se a porta de entrada para esses pacientes através da criação de vínculos e da resolutividade da mesma, aumentando a credibilidade da população na assistência prestada. Para tal, os profissionais da aten-

ção básica precisam ter recursos diagnósticos e se capacitar para suas funções, que incluem o atendimento às pequenas urgências. A rede assistencial deve receber incentivos e as centrais de regulação devem disponibilizar as consultas e exames especializados, além dos leitos hospitalares.

Esta pesquisa será complementada em uma amostra de 33 emergências hospitalares representando o Estado do Rio de Janeiro, possibilitando, além da escuta das experiências dos profissionais, um melhor entendimento do funcionamento da rede assistencial deste estado.

Colaboradores

GO O'Dwyer trabalhou na concepção teórica, realização da pesquisa de campo e elaboração do texto. SP Oliveira e MH De Seta trabalharam na concepção teórica da pesquisa.

Referências

- Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):386-402.
- Almeida C, Travassos C. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv* 2000; 30(1):129-162.
- Lovalho AF. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. *O mundo da saúde* 2004; 28(2):160-171.
- Brito FF, Marcelino IV, Forster AC, Simões BJO. Pronto-atendimento de adultos em serviço de saúde universitário: um estudo de avaliação. *RAP* 1998; 32(3):47-64.
- Pitelli SD, Mattar JJ. Regionalização e hierarquização do atendimento médica de urgência na região metropolitana de São Paulo. *Rev Paul méd* 1988; 106(1):21-27.
- Hulka B, Wheat J. Patterns of utilization: a patient perspective. *Medical care* 1985; 23(9):438-460.
- Travassos C, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):133-149.
- Abdallat AM, Al-Smadi I, Abbadi MD. Who uses the emergency room services? *Eastern Mediterranean Health Journal* 2000; 6(5):1126-1129.
- Krakau I, Hassler E. Provision for clinic patients in the ED produces more nonemergency visits. *American journal of emergency medicine* 1999; 17(1):18-20.
- Lee A, Lau FL, Hazelett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, Chow S. Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong Kong: cross-sectional study. *HKMJ* 2001; 7(2):131-138.
- George S, Read S, Westlake L. Differences in priorities assigned to patients by triage nurses and by consultant physicians in accident and emergency departments. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47(4):312-315.
- Dale J, Green J. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. *BMJ* 1995; 12(311):423-426.
- Gill JM, Riley AW. Nonurgent use of hospital emergency departments; urgency from patient's perspective. *J Fam Pract* 1996; 42(5):491-496.

14. Gill JM, Reese CL. Disagreement among health care professionals about urgent care needs of emergency. *Ann Emerg Med*. 1996; 28(5):474-479.
15. Shah NM, Shah MA. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Soc Sci Med* 1996; 42(9):1313-1323.
16. Hotvedt R, Thoner J, Wilskow AW, Ford HO. How urgent are emergency admissions? An evaluation of emergency admission to general hospitals in a Norwegian county. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1999; 15(4):699-708.
17. Lee A, Lau FL, Hazlett CB. Factors associated with non-urgent utilization of accident and emergency services: a case-control study in Hong Kong. *Soc Sci Med*. 2000; 51(7):1075-1085.
18. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J* 2001; 18: 482-487.
19. Green J, Dale J. Primary care in accident and emergency and general practice; a comparison. *Soc Sci Med*. 1992; 35(8):987-995.
20. McGugan EA, Morrison W. Primary care or A & E? A study of patients redirect from accident & emergency departments. *Scott Med J* 2000; 45(5):144-147.
21. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. *Cien Saude Colet* 2004; 9(4):897-908.
22. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2005; 5(3):319-328.
23. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro; IMS/UERJ; 2001. p. 65-112.
24. Jacobs PC, Matos EP. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2005; 51(6):348-353.
25. Furtado BMASM, Araújo Jr. JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2004; 7(3):279-289.

Artigo apresentado em 17/10/2006

Aprovado em 27/03/2007

Versão final apresentada em 10/04/2007