

Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro

Evaluation of urgent and emergency services in the hospital referral system in Northeast Brazil

Luciana Santos Dubeux ^{1,2}
Eduardo Freese ¹
Yluska Almeida Coelho dos Reis ¹

Abstract

This article evaluates the degree of implementation of ten urgent and emergency hospital services comprising the macro and micro-regional referral system in Pernambuco State, Northeast Brazil. The study analyzes criteria related to structure (physical and organizational, and material and human resources) and process (routine and referral/counter-referral activities), classifying the hospitals as satisfactory, acceptable, and deficient. The majority of the hospitals were classified as deficient, including all the micro-regional units and one macro-regional referral unit. Macro-regional units show better performance in the work process, while implementation of the structural dimension is better in the micro-regional hospitals. The results highlight the priority of upgrading these hospitals by strengthening decentralized human resources and technology policies, oriented towards the improvement of work processes in keeping with the State's regional contexts.

Hospital Emergency Service; Health Evaluation; Regional Health Planning

Introdução

A partir da década 1980, com a redemocratização do país, refletida na promulgação da *Constituição Federal* de 1988, o Estado Federativo Brasileiro foi recuperando as bases próprias de autonomia política para todas as esferas de governo, repercutindo na descentralização de políticas setoriais e promovendo novas conformações entre as instâncias governamentais. No cenário de Reforma das Políticas de Proteção Social, a descentralização da assistência à saúde acompanha a descentralização das políticas sociais ¹, havendo a desconcentração, da União para os municípios, de recursos financeiros e da prerrogativa de administração da atenção ambulatorial e hospitalar, em um processo que secundarizou o papel da gestão estadual ².

A forte característica municipalista conduziu à atomização de sistemas municipais de saúde, na compreensão de Lucchese ³, ou municipalização autárquica na concepção de Mendes ⁴. Como efeito, observa-se a fragilidade da gestão e estaduais de saúde, especialmente no que se refere à organização das ações de média e alta complexidade assistencial. Diante deste contexto, desencadeou-se no país a publicação de aparatos normativos e legais, com ênfase para o Pacto pela Saúde ⁵, que na definição da atribuição de políticas públicas para as esferas locais,

¹ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil.
² Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, Brasil.

Correspondência

L. S. Dubeux
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Rua Dom João Costa 274,
Recife, PE 52030-220, Brasil.
lucianadubeux@yahoo.com.br

direcionou esforços para o fortalecimento da regionalização.

Normativamente, tais instrumentos subsidiaram o processo de resignificação do papel da esfera estadual no planejamento, gestão e avaliação das relações intermunicipais e dos espaços regionais de saúde, ampliando a produção e a produtividade das ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS). A despeito disto, verifica-se a persistência de necessidades estruturais nas microrregiões. Estes são espaços prósperos que acumulam alguns êxitos visíveis, podendo permitir a consecução de mudanças significativas no SUS ⁶, devido à aproximação com as necessidades e demandas micro e loco-regionais.

Neste cenário, considerando os dinâmicos processos de transição demográfica e epidemiológica, com o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas e degenerativas, da explosão da violência urbana nos municípios de médio e grande porte e o incremento acentuado de acidentes em rodovias estaduais e federais; a assistência hospitalar regionalizada configura-se como primeira referência para causas externas, agravos agudos e eventos decorrentes de doenças crônicas.

Diante da prioridade desta situação, as iniciativas públicas federais para estruturação de Sistemas Regionalizados de Urgência e Emergência são marcadas pela implantação de programas para qualificação dos aspectos estruturais e dos processos de trabalho, destacando-se o Sistema Estadual de Urgência e Emergência em 2002 ⁷, o Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (QualiSUS) ⁸, instituído em 2004, a organização de Redes Loco-regionais de Atenção Integral às Urgências regulamentada em 2008 ⁹, entre outros. Em conjunto, tais estratégias buscam a incorporação de avanços terapêuticos, tecnológicos e gerenciais específicos, que viabilizem o acesso aos serviços de urgência/emergência hospitalar com garantia de acolhimento, da primeira atenção qualificada e resolutiva, da estabilização das funções vitais e da referência adequada dos pacientes graves.

Neste panorama, este artigo apresenta uma contribuição ao debate sobre a regionalização da assistência hospitalar no país, ao avaliar a rede de atenção às urgência/emergências sob a ótica de unidades de referência macro e microrregional em Pernambuco. A relevância e a oportunidade dessa avaliação ganha destaque diante do persistente e histórico imperativo de reestruturação desta rede, que está envolta na implantação dos referidos programas de qualificação das urgências/emergências regionalizadas.

Métodos

Desenho do estudo

Estudo avaliativo, do tipo normativo, definindo-se o grau de implantação nos serviços de urgências/emergências, comparando as características de estrutura e processo de trabalho observadas às normatizações preconizadas para o adequado funcionamento do setor. Identificaram-se ainda os fatores limitantes da assistência apontados pelos profissionais entrevistados, na intenção de subsidiar a estruturação da rede assistencial nesta área específica.

Abrangência do estudo

O território político-administrativo de Pernambuco encontra-se dividido em 11 Gerências Regionais de Saúde (GERES), que correspondem ao respectivo número de microrregiões (referência para média complexidade assistencial), estando estas, por sua vez, agrupadas conformando três macrorregiões referências para alta complexidade: Região Metropolitana, Agreste e Sertão. A rede de serviços é composta por 2.989 unidades ambulatoriais e 329 hospitais/unidades mistas, com 19.100 leitos; destacando 90 hospitais de pequeno porte, localizados em municípios com menos de 30 mil habitantes, oito hospitais microrregionais de médio porte situados nas sedes das microrregiões e sete hospitais macrorregionais de grande porte situados em Recife, Caruaru e Petrolina ¹⁰.

Para esta pesquisa foram selecionados, de forma intencional, dez hospitais, de modo a representar as unidades de referência macro e microrregional distribuídas no território estadual. Nas unidades de referência macrorregional, foram abordados os hospitais distribuídos nos três municípios sede de macrorregião, sendo estudadas as três maiores unidades de referência hospitalar em Recife; além dos dois hospitais de referência nos municípios sede de macrorregião no interior do estado: Caruaru e Petrolina. Além desses, optou-se por cinco entre os oito hospitais de referência microrregional, distribuídos em municípios sede das GERES correspondentes às microrregiões na zona da mata norte, zona da mata sul, agreste e sertão, onde devido à extensão territorial do sertão pernambucano, foram selecionados dois hospitais nesta mesorregião (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização dos hospitais de referência macrorregional e microrregional avaliados por município-sede, Gerência Regional de Saúde (GERES).

Categoria	Hospital	Município-sede	Mesorregião	GERES	Leitos hospitalares (n)	Leitos de UTI (n)
Referência macrorregional	Hospital da Restauração	Recife	Metropolitana	I	538	43
	Hospital Getúlio Vargas	Recife	Metropolitana	I	323	18
	Hospital Agamenon Magalhães	Recife	Metropolitana	I	407	85
	Hospital Regional do Agreste	Caruaru	Agreste	IV	163	10
	Hospital Dom Malan	Petrolina	Sertão	VIII	162	16
Referência microrregional	Hospital Regional de Limoeiro	Limoeiro	Mata Norte	II	66	-
	Hospital Regional de Palmares	Palmares	Mata Sul	III	105	-
	Hospital Regional Dom Moura	Garanhuns	Agreste	V	110	3
	Hospital Regional Rui de Barros Correia	Arcoverde	Sertão	VI	155	6
	Hospital Professor Agamenon Magalhães	Serra Talhada	Sertão	XI	91	-

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=26&NomeEstado=PERNAMBUCO, acessado em 13/Out/2009).

Instrumento e coleta dos dados

Elaborou-se um instrumento considerando os critérios de avaliação do questionário validado pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) ¹¹. O questionário apresentou perguntas estruturadas com respostas dicotômicas do tipo “sim” ou “não”, abrangendo critérios de avaliação relativos a duas dimensões: estrutura (sub-dimensões: estrutura física e organizacional, recursos materiais e humanos) e processo (sub-dimensões: atividades assistenciais de rotina e de referência e contra-referência). Na abordagem aos fatores limitantes para a assistência, sob a ótica dos entrevistados, adicionou-se ao instrumento uma questão estruturada relativa a este aspecto.

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2006 e janeiro de 2007, contando com a participação de entrevistadores previamente treinados quanto ao consenso relativo aos objetivos do questionário e à clareza na exposição das questões. As entrevistas foram realizadas seguindo um cronograma que contemplou quatro plantões em cada hospital (dois em dias úteis e dois durante o final de semana). Neste cenário, em cada plantão foram entrevistados o médico e o enfermeiro responsáveis pelo setor de urgência/emergência. Nos hospitais macrorregionais onde o setor de urgência/emergência é dividido por especialidades (adulto e pediátrica), foram realizadas entrevistas com os respectivos profissionais responsáveis pelo setor especializado. Totalizaram-se 108 entrevistas, das quais 57 (52,8%) com médicos e 51 (47,2%) com enfermeiros, destacando-se que

quatro profissionais se recusaram a participar da entrevista.

Análise dos dados

Seguindo a classificação do PNASS, atribuiu-se a cada critério de avaliação uma pontuação de acordo com o grau de importância dos mesmos para a assistência à urgência/emergência. Aos critérios classificados como indispensável (I) conferiram-se 3 pontos, como necessário (N) 2 pontos e aos com característica recomendável (R) 1 ponto, conforme será explicitado nas Tabelas 2 e 3 na seção dos *Resultados*. Atribuiu-se ainda peso 4 para os critérios relativos à dimensão estrutura e peso 6 para aqueles relacionados à dimensão processo. A pontuação final do hospital foi dividida pelo número de entrevistas realizadas a fim de se obter a pontuação média do hospital, permitindo a comparabilidade entre os hospitais, uma vez que o número de entrevistas variou entre estes. Dessa forma, tem-se que: $PMH = (PE \times 4) + (PP \times 6)/N$, onde: PMH = pontuação média do hospital; PE = pontuação obtida na dimensão estrutura; PP = pontuação obtida na dimensão processo e N = número de entrevistas realizadas no hospital.

O grau de implantação (GI) foi definido como o percentual da pontuação média do hospital em relação à pontuação máxima (caracterizada pela obtenção de respostas positivas a todos os critérios de avaliação). Conforme o percentual obtido, os hospitais foram classificados como: satisfatório (se atingiu de 80% a 100% da pontuação máxima), aceitável (70% a 79% da pontua-

ção máxima) e deficiente (percentual inferior a 70% da pontuação máxima). Esta classificação apresentou, intencionalmente, rígidos pontos de corte, devido à natureza do objeto de estudo que corresponde a um serviço de saúde essencial à manutenção da vida.

Avaliou-se o grau de implantação geral (abrangendo todos os hospitais avaliados), por categoria (referência macrorregional e referência microrregional) e estratificado por dimensões – estrutura e processo, obtendo-se, respectivamente, grau de implantação geral, grau de implantação por dimensão, grau de implantação macrorregional e grau de implantação microrregional.

Os dados foram processados no programa SPSS 13.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), sendo as informações expressas sob a forma de proporção e apresentadas em tabelas de distribuição simples de frequência.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Resultados

Diante dos critérios adotados, esta avaliação demonstrou que nenhum dos hospitais estudados alcançou grau de implantação satisfatório (GI = 80% a 100%) e que seis entre as dez unidades avaliadas foram classificadas como deficiente (GI = inferior a 70%). Entre os demais hospitais que se enquadraram como aceitável (GI = 70% a 79%), todos são unidades localizadas em municípios de referência macrorregional.

Analisando as dimensões definidas, os hospitais de referência macrorregional apresentaram grau de implantação deficiente (GI = 67,5%) para a dimensão estrutura, embora as duas unidades localizadas no interior do estado (Caruaru e Petrolina) tenham se enquadrado como aceitável (GI = 70,6%; 71,5%), acompanhando a classificação de três dos cinco hospitais microrregionais nessa dimensão. De modo inverso, nos aspectos relativos ao processo de trabalho, o desempenho das unidades macrorregionais foi suficiente para alcance do grau de implantação aceitável (GI = 74%), diferenciando-se daqueles de referência microrregional que, com grau de implantação de 59,7%, foram classificados como deficiente (Tabela 4).

Os critérios que determinaram os referidos graus de implantação demonstraram que na dimensão estrutura, apesar da sub-dimensão “estrutura organizacional” ter atingido grau de implantação satisfatório (GI = 81%), destacou-se que, se por um lado 99% dos entrevistados indi-

caram a presença de prontuário de atendimento individual, apenas 36% dos hospitais estudados apresentam normas de funcionamento e atendimento às urgências/emergências.

Nas sub-dimensões “recursos materiais e recursos humanos”, consequentemente graus de implantação aceitável (GI = 68%) e deficiente (GI = 39%), observou-se que somente 27% dos entrevistados apontaram que as unidades dispõem de equipamentos/materiais suficientes e em funcionamento; bem como a conformação de uma equipe multiprofissional em tempo integral foi indicada por apenas 9% dos entrevistados. Observou-se ainda que se nos hospitais de referência macrorregional, 65% dos entrevistados apontaram que os profissionais têm capacitação específica para assistência aos casos de urgência/emergência, nos hospitais microrregionais este percentual foi de apenas 37% (Tabela 2).

A abordagem da dimensão processo demonstrou que na sub-dimensão “atividades de rotina” (GI = 66%), 90% dos entrevistados indicaram que os serviços oferecem exames laboratoriais, 99% mencionaram que estes cumprem o apoio medicamentoso em tempo integral, além de a relação profissional-acompanhante para informação do estado geral do paciente ser estabelecida, conforme 93% dos entrevistados. Contudo, a minoria dos médicos e enfermeiros abordados (32%) afirmou que os serviços assistem os casos de emergência (situações com risco de vida) e apenas 11% apontaram para a oferta de exames por imagem em todos os plantões, sejam estes próprios (radiografia, endoscopia, eletrocardiografia) ou conveniados (ressonância magnética, tomografia e ultrassonografia) (Tabela 3).

Ressalta-se ainda a realização de triagem dos pacientes sem risco de vida que foi indicada por 59% dos entrevistados nos hospitais de referência macrorregional, mas por apenas 20% dos entrevistados nos hospitais microrregionais. Inversamente, a permanência do paciente nos serviços de urgência/emergência em até 24 horas foi apontada por 55% dos entrevistados nos hospitais microrregionais e por apenas 25% daqueles abordados nos hospitais de referência macrorregional. Ademais, embora o encaminhamento para UTI no próprio hospital após procedimentos clínicos esteja incorporado à rotina do serviço, segundo 80% dos entrevistados nas unidades de referência macrorregional, apenas 38% dos entrevistados nas unidades microrregionais responderam positivamente a essa questão (Tabela 3).

Nesse cenário, os entrevistados em ambas as categorias hospitalares estudadas identificaram como principais entraves para a prestação da assistência à urgência/emergência a demanda

Tabela 2

Distribuição percentual dos critérios relativos à estrutura necessária à atenção às urgências e emergências, segundo os hospitais de referência macrorregional e microrregional de Pernambuco, Brasil.

Sub-dimensão	Critérios relativos à estrutura	Referência macrorregional (n = 69)	Referência microrregional (n = 39)	Total (n = 108)
Estrutura física	Local exclusivo/aceso independente ao atendimento imediato (I)	88	82	86
	Dispositivos para portadores de limitações físicas (I)	48	44	46
	Espaços diferenciados (consultas/procedimentos/observação) (I)	57	82	66
	Centro cirúrgico (I)	81	97	87
	Centro obstétrico (R)	41	95	60
	Enfermarias para acomodação após procedimentos cirúrgicos (N)	90	92	91
	Locais com condição de lavagem simples e anti-sepsia das mãos, ventilação e iluminação adequadas (I)	68	90	76
	Grau de implantação/Dimensão	69	80	73
Estrutura organizacional	Normas de rotina de funcionamento e atendimento da assistência às urgências/emergências (R)	43	35	36
	Normas, rotinas e procedimentos em relação ao controle da infecção hospitalar (R)	61	45	52
	Prontuário para cada paciente (N)	99	100	99
	Ficha própria para descrição de ato cirúrgico (N)	90	97	92
	Banco de sangue próprio ou previamente pactuado (R)	99	98	98
	Grau de implantação/Dimensão	83	78	81
Recursos materiais	Equipamentos/materiais em funcionamento e quantidade suficiente (I)	30	30	27
	Medicamentos básicos em quantidade suficiente (I)	88	100	93
	Ambulância e/ou UTI móvel	94	90	93
	Grau de implantação/Dimensão	68	68	68
Recursos humanos	Equipe multiprofissional e especializada em tempo integral (N)	7	13	9
	Profissionais com capacitação específica (R)	65	37	51
	Equipe dimensionada em quantidade e qualidade para prestar o atendimento com o grau de risco e necessidade (N)	26	17	20
	Enfermeiro intitulado responsável pelo corpo de enfermagem (R)	99	85	91
	Médico especialista chefe de plantão (R)	99	55	74
	Grau de implantação/Dimensão	47	26	39

I: indispensável; N: necessário; R: recomendável.

■ Satisfatório ■ Aceitável ■ Deficiente

ser maior que a oferta (95%), o hospital funcionar como porta de entrada do sistema de saúde (86%) e os profissionais não receberem capacitação específica (69%) (Tabela 5).

Discussão

A larga dimensão geográfica brasileira, a dinâmica de evolução de modelos assistenciais (organização e gestão) e de financiamento, a redefinição do perfil demográfico e epidemiológico, do poder corporativo-institucional, perpassando ainda pelos valores e representações sociais da

comunidade em relação ao hospital, refletido no modelo hospitalocêntrico, agregam complexidade e desafios aos processos de gestão e assistência em redes de saúde integradas e regionalizadas^{12,13}. Esse quadro pressiona, sobretudo, a qualificação de serviços de alto custo e tecnologia, evidenciando aqueles essenciais à manutenção da vida, como as unidades de urgência/emergência hospitalar.

Nessa conjuntura, o presente estudo recorreu a uma abordagem normativa, como ferramenta factível e de simples reprodução para avaliação de ambientes hospitalares de urgência/emergência. A peculiaridade deste tipo de avaliação

Tabela 3

Distribuição percentual dos critérios relativos ao processo de trabalho necessário à atenção às urgências/emergências, segundo os hospitais de referência macrorregional e microrregional de Pernambuco, Brasil.

Sub-dimensão	Crítérios relativos ao processo	Referência macrorregional (n = 69)	Referência microrregional (n = 39)	Total (n = 108)
Atividades de rotina	Atendimento de urgência em tempo integral (I)	78	82	76
	Atendimento de emergência em tempo integral (I)	36	38	32
	Triagem para os casos sem risco de vida (N)	59	20	46
	Exames por imagem em tempo integral (ultrassonografia, endoscopia e ressonância magnética) (I)	16	8	11
	Exames laboratoriais em tempo integral (I)	93	85	90
	Apoio medicamentoso em tempo integral (N)	99	100	99
	Rotina de acompanhamento/evolução dos pacientes (médico e enfermeiro) (N)	91	90	89
	Acesso imediato ao centro cirúrgico em casos de emergência (I)	75	87	77
	Encaminhamento para sala de recuperação após procedimentos cirúrgicos (N)	88	78	82
	Higiene pessoal do paciente (R)	99	93	96
	Atendimento social ao paciente/acompanhante (R)	68	88	93
	Procedimentos rotineiros de controle de infecção hospitalar (N)	64	72	66
	Permanência do paciente no hospital em até 24 horas (N)	25	55	43
	Protocolos clínicos de urgência e emergência na prática diária dos profissionais (R)	65	48	56
	Organização de grupos de trabalho para discussão de casos clínicos/cirúrgicos e para integração institucional (R)	22	27	20
	Fornecimento de refeição com rotina de suporte nutricional (R)	97	85	91
	Informação aos acompanhantes do estado geral do paciente (R)	99	88	93
	Encaminhamento para UTI no próprio hospital após procedimentos clínicos (I)	80	38	65
	Encaminhamento para UTI no próprio hospital após procedimentos cirúrgicos (I)	91	67	78
	Referência e contra-referência assistencial	Grau de implantação/Dimensão	69	59
Retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxos e mecanismos de transferência claros (N)		80	78	75
Fluxos para elucidação diagnóstica previamente pactuada (N)		96	62	77
Unidade mediada por central de regulação (N)		99	95	97
Comunicação efetiva entre médicos e centrais de regulação (R)		99	93	95
Referência para unidade de maior complexidade (R)		94	63	76
Contra-referência para a atenção básica (R)		71	42	51
	Grau de implantação/Dimensão	90	62	80

I: indispensável; N: necessário; R: recomendável.

■ Satisfatório ■ Aceitável ■ Deficiente

Tabela 4

Grau de implantação da atenção à urgência/emergência segundo os hospitais de referência macrorregional e microrregional de Pernambuco, Brasil.

Categorias/Hospitais	Grau de implantação (%)		Geral
	Dimensão		
	Estrutura	Processo	
Referência macrorregional			
Hospital da Restauração	67,5	78,5	74,6
Hospital Getúlio Vargas	66,9	77,7	73,9
Hospital Agamenon Magalhães	63,3	62,9	63,0
Hospital Regional do Agreste	70,6	75,5	73,8
Hospital Dom Malan	71,5	76,6	74,8
Grau de implantação macrorregional	67,5	74,0	71,7
Referência microrregional			
Hospital Regional de Limoeiro	73,1	50,8	58,8
Hospital Regional de Palmares	71,9	62,8	66,0
Hospital Regional Dom Moura	74,1	58,1	63,8
Hospital Regional Rui de Barros Correia	57,2	65,1	62,3
Hospital Professor Agamenon Magalhães	64,6	40,0	63,1
Grau de implantação microrregional	68,3	59,7	62,8
Grau de implantação geral	67,8	68,8	68,5

Satisfatório (80% a 100%)
 Aceitável (70% a 79%)
 Deficiente (< 70%)

Tabela 5

Distribuição percentual dos entraves apontados pelos profissionais na atenção às urgências/emergências de Pernambuco, Brasil.

Entraves apontados	Referência	Referência	Total (n = 108)
	macrorregional (n = 69)	microrregional (n = 39)	
Gestão hospitalar vinculada à gestão estadual	4	13	7
Orçamento hospitalar insuficiente	38	44	40
Capacitação profissional específica para urgência e emergência insuficiente	64	80	69
Demanda superior à capacidade de oferta de serviços	100	87	95
Atendimento à demanda de atenção primária e secundária	84	90	86
Vínculo profissional precário	28	44	33

abrange ainda a possibilidade de atribuição de pesos às dimensões, sendo ponderado, nesta avaliação, que para o alcance da assistência efetiva aos casos de urgência/emergência, a implantação da dimensão processo apresenta maior peso do que a plena implantação da estrutura. O posicionamento foi voluntário para evidenciar

o desenvolvimento do processo de trabalho e em decorrência o redirecionamento das ações prioritárias para aumentar o grau de implantação da Rede Estadual de Urgência/Emergência Hospitalar.

Com esta abordagem, os resultados observados corroboraram outros estudos que abordaram

o tema em questão ^{14,15,16,17}. Demonstraram-se fortes limitações relativas aos cuidados às urgências/emergências; sobretudo nos hospitais classificados como deficiente, representados por unidades microrregionais e por um serviço de urgência/emergência, referência macrorregional e unidade de ensino.

Os distintos graus de implantação entre as unidades hospitalares avaliadas evidenciaram-se, mormente, na abordagem estratificada por dimensão (estrutura e processo) que descortinou convergências e divergências significativas entre as categorias hospitalares analisadas (referência microrregional e macrorregional).

Predominantemente, os hospitais de referência microrregional apresentaram desempenho mais favorável para os critérios relativos à dimensão estrutura, enquanto que nos hospitais de referência macrorregional o processo de trabalho apresentou melhor grau de implantação. Em consonância, essa última categoria apresentou desempenho geral mais favorável. Destaca-se nesse aspecto que, além de os melhores graus de implantação do processo de trabalho possivelmente terem atenuado as fragilidades estruturais, os hospitais macrorregionais são de grande porte, o que de acordo com Mendes ¹³ significa que apresentam maior economia de escala, e escopo e conseqüentemente melhores resultados, devido ao volume e à especialização de procedimentos. Da mesma forma, a taxa de ocupação hospitalar das referidas unidades é superior aos hospitais de médio porte, como a categoria de referência microrregional.

Influenciando fortemente a implantação dos serviços de urgência/emergência nos hospitais sob análise, a deficiente conformação de equipes multiprofissionais e especializada em regime de plantão de 24 horas destacou-se como nó crítico a ser superado. As questões que circundam a relação entre os recursos humanos e a qualidade dos serviços de saúde e, sobretudo os de assistência às urgências/emergências, são complexas e eventualmente complementares. Ainda são uma constante os ambientes hospitalares com o desafio de ultrapassar os limites da conformação da equipe multiprofissional em busca da efetiva prática interdisciplinar ¹⁸, sendo persistente a defasagem salarial, com fragilidade do vínculo profissional com a instituição pública e com a função que exerce, frente à superlotação das unidades ¹⁷. Em decorrência há insatisfação profissional gerada pelo arranjo de questões que envolvem a sua atuação e o excesso de trabalho, resultando em desgaste físico-emocional dos profissionais de saúde ¹⁹.

Contribuindo para o delineamento deste quadro, estudo realizado por Deslandes ²⁰ chama

atenção para a desestruturação técnica e operativa das equipes de plantão e despreparo no atendimento dos casos nos serviços de emergência. Tais situações direcionam para a necessidade de intervenções governamentais estruturadas na direção da suficiência de profissionais, de forma a subsidiar o desenvolvimento de políticas de planos e carreiras, contemplando o enfrentamento de fragilidades de vínculos profissionais e oportunidades de qualificação profissional, com destaque ao âmbito microrregional. Sob esse último aspecto, iniciativas de educação permanente em saúde deverão ser fortalecidas na direção da interiorização, superando as desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde.

Paralelamente ao comprometimento de recursos humanos observou-se nesse estudo a insuficiência de materiais e equipamentos essenciais, além do comprometimento da oferta de exames por imagem. Por outro lado, a estruturação dos serviços de transporte (ambulância e UTI móvel) no conjunto dos hospitais avaliados, confrontou-se com a inexistente ou insuficiente agregação de tecnologia como a UTI, sobretudo nas unidades microrregionais.

Em consonância com a grande inadequação na oferta de leitos de UTI no Brasil, caracterizada pela concentração regional e comprometimento funcional desses equipamentos ²¹, os hospitais no interior do estado agregam 35 leitos de UTI, distribuídos em somente quatro hospitais ²². Considerando que duas dessas unidades integram os hospitais de referência macrorregional avaliados neste estudo, sugere-se que a deficiência estrutural nos hospitais microrregionais contribua para a manutenção da rotina de transferência de emergências clínicas e cirúrgicas graves aos hospitais macrorregionais. Cabe destacar, entretanto, que na extensão territorial do estado – 98.312km² – (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estados@. <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe>, acessado em 20/Nov/2009), a trajetória por rodovias públicas em condições de incipiente adequação estrutural poderá ser pouco profícua diante de situações graves com risco de morte.

Tais deficiências ainda corroboram uma prática assistencial centrada nos casos de menor gravidade, com a carência de normas de atendimento específicas ao setor, a incipiente rotina de triagem dos pacientes e permanência do usuário em período superior a 24 horas nos serviços de urgência/emergência, como observado de forma relevante no presente estudo. Esse quadro descharacterizou a assistência aos casos de emergência, conduzindo ainda à superlotação das unidades, sendo este aspecto ressaltado pelos entrevista-

dos como importante entrave. Assim, a despeito da subjetividade agregada à triagem de pacientes em situações de emergência, faz-se necessário o fortalecimento de estratégias de classificação dos usuários por grau de risco de morte¹⁴; assim como da instituição de protocolos clínicos, que está relacionada à melhoria dos padrões assistenciais e à redução da superlotação nos serviços de urgência/emergência hospitalar²³.

Diante dos resultados obtidos neste estudo, a implantação de redes assistenciais, em que o espaço regional seja o cenário para gestão e assistência de média e alta complexidade hospitalar, demonstrou-se ainda incipiente. Por outro lado, a evidência das fragilidades assistenciais pode subsidiar o planejamento loco-regional de ações com distintos níveis de complexidade, no tocante à prioridade, viabilidade financeira e aos prazos de execução.

Neste sentido, é importante ressaltar que com a constatação dessa problemática situação que se instala historicamente no SUS, emergem-se os desafios de reestruturação e recentes tendências de gestão dos serviços hospitalares, haja vista o inegável papel que este setor representa. A transição de uma regionalização genuinamente político-administrativa à outra que incorpore o caráter funcional-assistencial urge como prioridade das três instâncias de governo.

Em Pernambuco, para além da implementação das normatizações federais, foram instituídas como metas do Plano Plurianual (2008/2011) a reestruturação dos hospitais microrregionais, com fortalecimento da Rede Pré-hospitalar de Baixa Complexidade, além da ampliação da Rede Hospitalar de Urgência/Emergência, redistribuindo a demanda concentrada nas grandes

emergências e cumprindo os objetivos da regionalização. Ademais, previu a instalação de Fundações Estatais de Direito Privado, promulgando a *Lei Estadual n.º 13.537*²⁴ com o objetivo de instituir a Fundação Estadual de Assistência Hospitalar Josué de Castro para administração pública indireta da assistência hospitalar.

A despeito das referências de inconstitucionalidade desse modelo de administração, desde 2008 três hospitais macrorregionais e uma unidade microrregional, avaliadas no presente estudo, estão sob administração indireta. Deve-se, de fato ponderar as lacunas e benefícios da proposta em questão, pois esta representa o compromisso com a eficiência e efetividade por meio da administração dos serviços públicos. Prevê o estabelecimento de planos operativos, com vistas ao cumprimento de metas coerentes com o SUS, assim como aborda a fixação profissional em municípios interioranos sede dos hospitais microrregionais. Por outro lado, há riscos agregados à flexibilidade das licitações públicas, ilimitação na remuneração profissional, bem como à incompatibilidade entre regime de direito privado e a prestação de serviços públicos de assistência à saúde, atividade típica do poder público²⁵.

Não obstante os processos em evolução no SUS, os princípios constitucionais devem ser respeitados e perseguidos. Da mesma forma, os diversos aspectos comprometedores da qualidade da assistência hospitalar, como os relacionados aos recursos humanos e à organização de Redes de Atenção Integradas merecem não apenas ser objeto de avaliação, mas de efetiva intervenção para que estas questões não permaneçam intactas, como ainda foi sensivelmente observado no contexto de Pernambuco.

Resumo

Este artigo avalia o grau de implantação de dez serviços de urgência/emergência hospitalar, que compõem a rede de referência macro e microrregional em Pernambuco, Nordeste brasileiro. Aborda critérios relativos à estrutura (física-organizacional, recursos materiais e humanos) e ao processo (atividades de rotina e de referência/contra-referência); classificando os hospitais como satisfatório, aceitável e deficiente. Aponta que a maioria dos hospitais se classifica como deficiente, estando entre estes todas as unidades de referência microrregionais e uma macrorregional. Estas últimas apresentam melhor desempenho quanto ao processo de trabalho; e a dimensão estrutura apresenta-se mais bem implantada nos hospitais microrregionais. Os resultados evidenciam como prioridade a qualificação dos hospitais avaliados, mediante o fortalecimento de políticas descentralizadas de recursos humanos e tecnológicos, direcionados à melhoria das práticas de trabalho consensuais aos contextos regionais do estado.

Serviço Hospitalar de Emergência; Avaliação em Saúde; Regionalização

Colaboradores

L. S. Dubeux participou da concepção do projeto, pesquisa de campo, análise e interpretação dos dados; concepção e redação final. E. Freese contribuiu na concepção do projeto e redação final. Y. A. C. Reis colaborou na pesquisa de campo e concepção do artigo.

Referências

1. Arretche TS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. *Rev Bras Ciênc Soc* 1999; 14:111-41.
2. Heimann LS, Cortizo CT, Castro IEN, Kayano J, Rocha JL, Nascimento PR, et al. Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 2000.
3. Lucchese PTR. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. *Planej Polít Públicas* 1996; 14: 75-156.
4. Mendes EV. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.
5. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS. Dispõe sobre a Regionalização da assistência à saúde, aprofundando a descentralização com equidade no acesso. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> (acessado em 19/Jan/2008).
6. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:429-35.
7. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2048, de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre Sistemas estaduais de urgência e emergência: regulamento técnico. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm> (acessado em 11/Dez/2008).
8. Ministério da Saúde. QualiSUS. http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id_area=408 (acessado em 07/Set/2009).
9. Brasil. Portaria GM nº. 2.922, 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para organização das redes loco-regionais de atenção integral às urgências. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-2922.htm> (acessado em 24/Set/2009).

10. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Plano Diretor de Regionalização – PDR SUS/PE. http://www.saude.pe.gov.br/site/regionalizacao/InstrumentosdePlanejamento/pdr_completo_pe.pdf (acessado em 23/Jul/2008).
11. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Edição 2004/2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Brasil. Portaria GM nº. 2468, de 13 de outubro de 2006. Constitui Grupo de Trabalho com o objetivo de apresentar proposta de regulamentação para a Política de Qualidade dos Serviços de Saúde Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2468.htm> (acessado em 11/Jan/2009).
13. Mendes EA. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Superintendência de Atenção à Saúde, Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.
14. Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:929-34.
15. Mendes ACG, Araújo Júnior JLCA, Furtado BMAS, Duarte PO, Santiago RF, Costa TR. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2009; 9:157-65.
16. Gusmão-Filho FAR. Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política QualiSUS – em três hospitais do município do Recife [Tese de Doutorado]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
17. O'Dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13: 1637-48.
18. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12: 825-39.
19. 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; 5:319-28.
20. Deslandes SF. Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre danos da violência e recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
21. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:277-84.
22. Ministério da Saúde. Distribuição percentual de leitos hospitalares de Unidade de Terapia Intensiva por Regionais de Saúde em Pernambuco. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
23. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de saúde de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:1439-54.
24. Assembléia Legislativa de Pernambuco. Lei nº. 13.537, de 12 de setembro de 2008. Autoriza o Poder executivo a instituir “Fundação Estadual de Assistência Hospitalar Josué de Castro”, e dá outras providências. <http://www.upe.br/down/imprensa/Lei13537.pdf> (acessado em 11/Dez/2009).
25. Weichert MA. Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. *Rev Direito Sanit* 2009; 10:81-9.

Recebido em 15/Dez/2009

Versão final reapresentada em 17/Abr/2010

Aprovado em 03/Mai/2010