



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional”

por

Roberto José Bittencourt

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Virginia Alonso Hortale

Rio de Janeiro, fevereiro de 2010.

Esta tese, intitulada

“A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional”

apresentada por

Roberto José Bittencourt

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecilio

Prof.^a Dr.^a Zulmira Maria de Araújo Hartz

Prof.^a Dr.^a Gisele O’Dwyer de Oliveira

Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior

Prof.^a Dr.^a Virginia Alonso Hortale – Orientadora

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 26 de fevereiro de 2010.

Roberto José Bittencourt

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

B624 Bittencourt, Roberto José

A superlotação dos serviços de emergência hospitalar
como evidência de baixo desempenho organizacional. /
Roberto José Bittencourt. Rio de Janeiro: s.n., 2010.

152 f. il., tab., graf.

Orientador: Hortale, Virginia Alonso

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Qualidade da Assistência à Saúde. 2. Serviço Hospitalar de
Emergência-organização & administração. 3. Necessidades e
Demandas de Serviços de Saúde/organização & administração. I.
Título.

CDD - 22.ed. – 362.11

AGRADECIMENTOS

O processo de elaboração dessa tese foi, como acredito ser na grande maioria delas, penoso, tortuoso, e por isso mesmo gratificante. Não caberia aqui descrevê-lo, apenas caberia agradecer a todos que contribuíram para sua conclusão.

Primeiramente, àqueles que trabalham nos Serviços de Emergência Hospitalares, pois graças a oportunidades profissionais realizei inúmeros encontros e a partir das suas angústias, motivaram esse estudo.

Em seguida, aos meus orientadores e amigos da Escola Nacional de Saúde Pública, especialmente, a professora doutora Virginia Hortale pela paciência inaudita no trato com minhas idéias, muitas vezes vagas e necessitando de esforço para transformá-las em estudos. A enfermeira Viviane Freitas, bolsista de iniciação científica, pela grande ajuda na revisão sistemática.

Aos amigos que se ombream nas difíceis missões abraçadas a partir de 2003, quando assumimos algumas responsabilidades no Ministério da Saúde e até hoje continuam participando da construção do irreversível sistema universal de saúde brasileiro, que em última instância, esperamos, ficará um pouco mais sólido com as conclusões desse estudo.

Reservo um carinho especial e agradeço aos amigos recentes do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, assim como da Secretaria Estadual de Saúde, pelo incrível caminho que estamos construindo e que em vários momentos confirmam as idéias expostas nessa tese.

Homenageio aos amigos do início, do Instituto de Previdência dos Servidores de Minas Gerais, onde começamos a viver as tensões da gestão e do planejamento em saúde. Ao professor Manoel Otávio da Costa Rocha, da Faculdade de Medicina da UFMG, meu

orientador no mestrado, pelo apoio as primeiras formulações científicas e base para os passos atuais.

A minha esposa Thereza, companheira que se renova a cada desafio e que incondicionalmente, participou dessa empreitada. A minha filha Natália, compartilhando e estimulando esses momentos da vida acadêmica e, graças a sua técnica como fisioterapeuta, auxiliando a suportar as dores de horas e horas sentado a frente computador. A meu filho Pedro, pela possibilidade de viver momentos de alegria e lazer que permitiam retornar aos estudos com fôlego novo. A meu filho Gabriel, pelos poucos, porém, preciosos momentos de reflexão.

Aos meus pais, Candido e Maria Lila, respectivamente, com 85 e 83 anos, exemplos de lucidez, persistência e amor a vida.

Aos amigos militantes de toda uma vida.

SUMÁRIO

Agradecimentos	3
Sumário	5
Lista de Siglas	6
Lista de Figuras	8
Lista de Tabelas	8
Lista de Quadros	9
Resumo	10
CAPÍTULO I	12
1.1 Introdução	13
1.2 Quadro Conceitual	15
1.2.1 Considerações sobre a Teoria da Complexidade	17
1.2.2 O Desempenho das Organizações de Saúde	21
1.2.3 As novas tendências da Atenção Hospitalar	46
1.3 Hipótese e Estratégia da pesquisa	64
CAPÍTULO II	68
Artigo I	70
Artigo II	88
CAPÍTULO III	121
Considerações Finais	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142

Lista de Siglas

AVC: Acidente Vascular Cerebral

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

AIDS: Síndrome da imunodeficiência adquirida

BSC: Balance Scorecard

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CBA: Consorcio Brasileiro de Acreditação

CC: Centro Cirúrgico

CF: Constituição Federal

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CQH: Compromisso com a Qualidade Hospitalar

CRM: Cirurgia de Revascularização do Miocárdio

CTI: Centro de Terapia Intensiva

DAE: Departamento de Atenção Especializada

DEA: Análise envoltória de dados

DMAIC: Definir; medir; analisar; melhorar; controlar

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica

ECI: Enfermarias de cuidados intensivos

EGIPSS: Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé

FUNSAU: Fundação de Saúde do Mato Grosso do Sul

GM: Gabinete do Ministro

GRIS: Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé

HES: Hospital Emergency Services

HPP: Hospital de Pequeno Porte

HRMS: hospital Regional do Mato Grosso do Sul

HSE: Hospital dos Servidores do Estado

HU: Hospital Universitário

HUSE: Hospital de Urgência de Sergipe

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

ITE: eficiência técnica interna

JCI: Joint Commission International

MBE: Medicina Baseada em Evidências

MEC: Ministério da Educação

MS: Ministério da Saúde

NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde

NIR: Núcleo Interno de Regulação

OCS: Organização de Cuidados de Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONA: Organização Nacional de Acreditação

OS: Organização Social

PAAQ: Planejar; agir; avaliar; qualificar

PAM: Pronto Atendimento Médico

PATH: Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals

PNAU: Política Nacional de Atenção às Urgências

PNASS: Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde

PNM: Pneumonia

PROAHSA: Programa avançado de administração hospitalar e sistemas de saúde

PROACRI: Programa de atenção integral ao paciente crítico

PS: Pronto – Socorro

QT: Qualidade total

RJ TV: Rio de Janeiro TV

SACs: Sistemas Adaptativos Complexos

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAID: Serviço de atenção e internação domiciliar

SAS: Secretaria de Atenção à Saúde

SE: Salas de Estabilização

SEH: Serviço de Emergência Hospitalar
SES: Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul
SRPA: Sala de recuperação pós anestésica
SUDS: Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TDBE: Tomada de Decisões Baseada em Evidências
TEIAS: Territórios Integrados de Atenção à Saúde
TMP: Tempo médio de Permanência
TP: Tempo de Permanência
TTE: Eficiência técnica total
UCO: Unidade de Cuidados Coronarianos
UPAS: Unidades de Pronto – Atendimento
WHO: World Health Organization

Lista de Figuras:

Figura 1: Trajectoire d'évolution du système de santé

Figura 2: Dimensões da qualidade segundo Donabedian

Figura 3: Dimensões e subdimensões do desempenho do modelo integrador e configuracional EGIPSS.

Lista de Tabelas:

Tabela 1: Títulos encontrados e selecionados nas bases de dados eletrônicas de livre acesso e acesso restrito.

Listas de Quadros:

Quadro I: insumos x produtos DEA/BM

Quadro II: insumos x produtos DEA/Lins

Quadro III: Modelo EGIPSS

Quadro IV: Evolução comparativa dos leitos hospitalares BR

Quadro V: Evolução comparativa dos leitos hospitalares SP

Quadro VI: Comparação entre instituições acreditadoras e certificadoras

Quadro VII: Síntese das intervenções e resultados sobre a pressão de entrada no SEH.

Quadro VIII: Síntese das intervenções e resultados sobre as pressões intrínsecas aos SEH.

Quadro IX: Síntese das intervenções e resultados sobre as pressões de saída dos SEH.

RESUMO

O estudo teve como objetivo investigar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar (SEH). Para tal, foram elaborados dois artigos, já publicados. O primeiro, elaborado durante a crise dos serviços de emergência hospitalar de 2005, discutiu as características estruturantes do Programa QUALISUS do Ministério da Saúde do Brasil, em curso de implantação, analisou as especificidades desses serviços e fez algumas considerações sobre o sistema de saúde do município do Rio de Janeiro, sede do início do programa QUALISUS. Com a complexidade do cenário onde o programa era implementado, exemplificado pela grave crise na assistência àqueles que demandavam cuidados nos serviços de emergência, assim como as características da matriz da qualidade sugerida pelo programa, cuja ênfase é na reorganização da rede dos serviços de emergência e na recepção dos serviços de emergência hospitalar, voltados para o acolhimento e a classificação de risco, optou-se pelo aprofundamento do estudo sobre os SEH. A partir de uma revisão sistemática, discutiu-se as intervenções voltadas para solucionar o problema da superlotação dos Serviços de Emergência Hospitalar, e identificou-se evidências de baixo desempenho organizacional. A revisão sistemática partiu de um universo de 2.992 títulos, onde foram selecionados 822 títulos para análise de resumos e textos integrais, entre o período de 2000 a junho de 2007. A superlotação foi caracterizada como um fenômeno mundial, com causas e conseqüências. As intervenções que interferiram positivamente no principal indicador da superlotação, o tempo de permanência no SEH, apontaram para a melhoria do fluxo de saída dos pacientes dos serviços de emergência hospitalar, através do aumento do desempenho organizacional. Os resultados dessa revisão desmistificaram as soluções que aumentam as barreiras de acesso ou melhoram a estrutura dos SEH. Os dois artigos se complementam, na medida em que, a análise do contexto da implantação de um programa institucional de qualidade e dos seus conceitos, suscitou a necessidade de investigar mais profundamente as características desses serviços e propor hipóteses para solucionar seus graves problemas.

Palavras - chaves: Superlotação; Serviços de Emergência Hospitalar; Pronto - Socorro; Desempenho Hospitalar; Efetividade Organizacional; Revisão sistemática; QUALISUS

ABSTRACT

The study aimed to investigate the overcrowding in the public hospitals emergency rooms (ER). For such, two articles had been elaborated and are already published. The first one is related to the crisis of the public hospitals emergency rooms services which took place in the year of 2005 in Brazil. It presents the major characteristics of the Ministry of Health QUALISUS Program, analyzes the specificities of these services and made some considerations about the city of Rio de Janeiro health system, QUALISUS headquarter. Given the complexity of the broad picture where the program was implemented, leaded by the serious crisis in the emergency rooms medical care, as well as the characteristics of the quality matrix suggested by the program, whose emphasis is the reorganization of the emergency services network and in the reception of the services of hospital emergency driven toward the shelter and the classification of risk, it was decided to deepen the research on the emergency room aspects. From a thorough systematic review based on a universe of 2.992 titles, 882 full articles and abstracts from the period between 2.000 and 2.007 were analyzed. Overcrowding was characterized as a world-wide phenomenon, with causes and consequences. Among the main aspects, this literature raise up a range of interventions to solve the emergency room overcrowding. Low organizational performance is a scientific finding. Interventions that had modified positively the main indicator of overcrowding, the time of permanence in the emergency room, dealt with the improvement of the patients discharge from emergency rooms through the increase of the organizational performance. The results of this systematic revision had demystified the solutions that increase access barriers or improve the structure of the emergency room. The two articles are complementary: the analysis of a quality institutional program concepts and implementation rose up the need to better understand the major characteristics of the emergency room services to identify hypothesis to solve its major problems.

Keywords: Emergency Room Overcrowding; Emergency Room Service; Emergency Care; Hospital Performance; Organizational Effectiveness; Systematic Review; QUALISUS.

CAPÍTULO I

“... Há nesta grande terra um homem sábio,
E o único formado em Medicina.
A este bom Doutor estimam todas
Por sua profissão, por seus talentos,
Por seu afável modo, e mais que tudo,
Pelas muitas virtudes, que respira...”

Inconfidência Mineira
Tomás Antônio Gonzaga
(“*Cartas Chilenas*”, 2ª edição,
Companhia da Letras, 1996)

1.1 Introdução

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Programa QUALISUS em 27 regiões metropolitanas das capitais brasileiras, para cerca de 80 hospitais com serviços de emergência, visando melhorar a qualidade da atenção à saúde realizada pelo SUS. Em linhas gerais, o programa estabelecia pressupostos conceituais de gestão e assistência, oferecia apoio financeiro para a compra de equipamentos e reforma dos ambientes dos pronto-socorros. O apoio financeiro era a contrapartida do Ministério da Saúde às mudanças nos processos de trabalho nos hospitais com serviços de urgência, considerados o ponto chave do programa, cuja implantação seria de responsabilidade do gestor local.

O programa QUALISUS com foco na melhoria da qualidade dos serviços de emergência hospitalar insere-se em um contexto mais amplo, que é a constituição da Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU (MS, 2006). A PNAU avançou, especialmente, no aspecto do acesso universal ao sistema de saúde, na medida em que criou novos serviços de saúde e estabeleceu novos processos de regulação do sistema. Segundo a portaria 1863/ GM, de 29 de setembro de 2003, que instituiu a PNAU (MS, 2006) devia-se garantir “[...] a universalidade, equidade e integralidade no atendimento as urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas as causas externas (traumatismos não intencionais, violências e suicídios). Os componentes da PNAU são: (1) pré-hospitalar fixo; (2) pré-hospitalar móvel; (3) hospitalar; (4) pós-hospitalar; (5) Centrais de Regulação Médica as Urgências, integradas ao Complexo Regulador do SUS.”

Todavia, o contexto imediato de implantação do QUALISUS não poderia ser mais conturbado e exigente. Em março de 2005 a situação de saúde do município do Rio de Janeiro foi considerada de “calamidade pública” e por decreto presidencial, o Ministério da Saúde requisitou a gestão de seis hospitais públicos do município. As equipes que intervieram nesses

hospitais adotaram como modelo gerencial e assistencial os pressupostos definidos no programa QUALISUS: (a) Implantar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); (b) instalar a Central de Regulação de Urgência; (c) organizar e melhorar a qualidade de atendimento nos hospitais de urgência, em especial com duas medidas: implantar o acolhimento e classificação de risco na porta de entrada e instituir as equipes horizontais de atendimento nas salas de emergência; (d) organizar a rede não hospitalar de urgência.

Gusmão-Filho (2008) estudou a implantação do programa QUALISUS em três hospitais do município de Recife. Com entrevistas não-estruturadas com informantes-chaves, análise documental e observação participante, analisou-se a influência do contexto organizacional sobre o grau de implantação. O estudo concluiu que sua implantação foi influenciada positivamente pela atuação das comissões formadas por profissionais dos próprios hospitais e assessoradas por consultores contratados pelo programa. Como obstáculos à implantação, foram apontados o déficit de recursos humanos nos hospitais, a baixa resolubilidade dos demais componentes da rede de atenção às urgências e o atraso da efetivação pelo Ministério da Saúde das melhorias estruturais previstas no programa. Para o autor, o QUALISUS obteve grau de implantação incipiente nos três hospitais.

O'Dwyer (2009) após avaliar a implantação do programa QUALISUS em oito hospitais públicos em quatro estados brasileiros, através de entrevistas com o chefe da emergência, chefe da enfermagem da emergência, chefe médico de plantão, constatou a influencia do programa em apenas dois hospitais, apesar de todos estarem recebendo incentivos federais através do QUALISUS.

Duas portarias do Ministério da Saúde tentaram atualizar o programa QUALISUS: a GM nº 3125 de 7 de dezembro de 2006 e a GM nº 2972 de 9 de dezembro de 2008, mantendo a sua principal estratégia - a implantação do Acolhimento e a Classificação de Risco; e a

constituição de equipes horizontais de gestão clínica nos serviços de urgência, com participação do gestor loco-regional e do controle social – todavia estão, ainda, distante de serem implantadas nos hospitais de urgência brasileiros.

O contexto de crise, a tentativa de implantação de um programa de qualidade e a situação crônica de “caos” organizacional nos SEH, suscitou questionamentos, em especial, sobre o aspecto mais emblemático desses serviços, a superlotação.

1.2 Quadro Conceitual

O contexto de crise dos serviços de emergência hospitalar e as bases conceituais do programa QUALISUS do Ministério da Saúde suscitaram a necessidade de estudar a problemática desses serviços com objetivo de responder algumas perguntas: (1) Qual ou quais são as características essenciais dos SEH? (2) É possível encontrar soluções para os problemas identificados nesses serviços? (3) Em que marco conceitual se encontra as principais soluções identificadas? (4) Quais relações podemos estabelecer entre essas soluções, o funcionamento do hospital e do sistema de serviços de saúde?

Para responder a essas perguntas consideramos o desempenho das organizações de cuidados de saúde como marco teórico central, e propusemos discuti-lo a partir da análise de possíveis modelos para sua avaliação, em especial o modelo desenvolvido por Sicotte *et al.* (1998).

O desempenho das OCS, segundo Contandriopoulos (2008), deve representar uma construção multidimensional, permitindo a diferentes partes interessadas debater e elaborar um julgamento sobre as qualidades essenciais e específicas da sua organização, em função das suas crenças, conhecimentos, responsabilidades, interesses, projetos e etc.

Isso porque, verifica-se que os grupos de interesses internos e externos a essas organizações adotam critérios e opiniões muitas vezes contraditórios sobre qual é o seu melhor desempenho. Ou seja, como devemos avaliar o desempenho de uma OCS cujos setores podem definir missões distintas e por vezes em oposição? Como avaliar o desempenho de OCS cujos setores são interligados e influenciam positivamente ou negativamente o desempenho de outro? E o desafio maior, como instituir um modelo de desempenho organizacional que no dia-a-dia possa guiar a gestão para promover continuamente a melhoria do desempenho?

Ademais, de acordo com Champagne (2005a), os serviços de saúde são organizações complexas, organizadas para a ação, localizadas em um contexto geo-sanitário específico e interagindo três características básicas: (a) estrutura física; (b) estrutura organizacional; (c) estrutura simbólica. É, portanto, um espaço social delimitado, onde os atores (profissionais, gestores, planejadores, políticos, etc.) interagem para realizar projetos coletivos e viabilizar os objetivos do sistema de saúde. Os limites dos serviços de saúde são mais precisos do que os limites do sistema de saúde, até porque são parte deste, que são mais amplos, com forte interação entre variáveis políticas, econômicas e sociais.

Ou seja, as características descritas acima, permitem que partamos do princípio que as organizações de cuidados de saúde, em particular o hospital foco do nosso estudo, são organizações complexas ou hipercomplexas, estas quando os problemas institucionais se manifestam em sua máxima dificuldade (Testa, 2002) e, apesar do tema não se constituir no nosso referencial teórico central, cabe algumas considerações preliminares, na medida que trataremos de modelos de desempenho de organizações, que sempre podem induzir um viés reducionista.

1.2.1 Considerações sobre a Teoria da Complexidade:

O conceito de «sistemas complexos», campo do conhecimento extremamente vasto, é definido por Morin (2007: 40), como: *Os sistemas complexos são sistemas dinâmicos com um grande número de interações e retroações, no interior dos quais se desenrolam processos muito difíceis de prever e de controlar, que a concepção clássica era incapaz de considerar.*

Todavia, percebemos a necessidade caracterizar melhor conceito de complexidade, e evitar sua mistificação, ou «afogar-se» na complexidade, para isso recorreremos, novamente, a Morin & Le Moigne (2007: 13) « *O paradigma da complexidade geral forma-se em cadinhos abertos, mais cívicos e culturais do que estritamente académicos: Dedicar-se à complexidade é introduzir uma certa maneira de tratar o real... É reconhecer que a modelização se constroi como um ponto de vista adotado sobre o real... Nessa perspectiva, a exploração da complexidade apresenta-se como o projeto de manter aberto em permanência, no próprio trabalho de explicação científica, o reconhecimento da dimensão da imprevisibilidade... Todo o fenómeno que possa ser objeto do conhecimento dos homens pode ser entendido intelegivelmente por meio de um sistema complexo sem que seja reduzido a uma apreensão simplificada e descontextualizada »*

Ou seja, a noção de complexidade deve estar a serviço do esforço de “decifrar” o real, de maneira flexível para, permanentemente, reconhecer a dimensão da imprevisibilidade. Nesse sentido, esses autores aprofundam (2007: 13) “*A inteligência da complexidade é em primeiro lugar a inteligência capaz de compreender que o conhecimento isola os objetos uns dos outros, as disciplinas uma das outras, não chega mais longe do que uma inteligibilidade restrita e mutilada. É uma inteligência apta a ligar uns aos outros dados, informações e conhecimentos separados. É uma inteligência que sabe que a inteligência do real não é um reflexo da realidade, mas uma tradução / reconstrução dessa realidade a partir de um*

espírito / cérebro humano. É uma inteligência que necessita de uma inteligência da inteligência, logo, de uma epistemologia. Essa inteligência que liga deve saber ligar o conhecimento e a ação e, no segundo grau, o epistêmico à prática.”

Portanto, a inteligência da complexidade tem um compromisso com a ação, com a prática, segundo a máxima “a verdade é o fazer”, para tal, segundo Morin (2007: 37) é preciso observar que: *“Aparentemente, os fenômenos apresentam-se de maneira confusa e incerta, mas a missão da ciência é trazer à luz, por detrás dessas aparências, a ordem oculta (grifo nosso) que é a realidade autêntica do universo... A complexidade é invisível no recorte disciplinar do real. Com efeito, o sentido primeiro da palavra, que vem do complexus, latino, significa: o que é tecido conjuntamente.”*

O tecer conjuntamente sobre o real, em especial, sobre organizações complexas implica em gerar modelos que permitam avançar na sua compreensão, com vista à ação. Criar modelos, identificar modelos, ou mesmo, desenvolve-los, significa tratar a complexidade com método.

Sobre a modelização, Le Moigne (2007: 21) afirma: *“Esta reflexão sobre a fabricação da inteligência – como construção e elaboração de representações intencionais, com desígnio, das situações em que nos propomos intervir, logo com o propósito de agir – põe-nos numa situação de senso comum: procurar modelizar para compreender e procurar compreender para fazer. Chamemos de momento modelização à elaboração dessa representação e das suas transformações internas. Modelização (ou disegno) por meio da qual cada um de nós se sente capaz de dar sentido – inteligibilidade – ao fenômeno que considera... Vico acoplava à capacidade humana para o disegno – que encontrava na cultura da sua época (desenhar para compreender com fito de fazer) – a capacidade de raciocinar engenhosamente sobre suas representações, de exercer o seu ingenium, essa estranha faculdade do espírito humano que consiste em ligar, em raciocinar sobre nossos modelos, dirá P. Valéry”*

Nesse sentido, não há “pecado” em buscar modelos que possam representar um recorte de organizações complexas, sabemos, antecipadamente, que qualquer modelo terá dificuldade capturar todas as dimensões do real, e revelar a *ordem oculta*, mas sempre representaram um avanço na sua compreensão. Trata-se, provavelmente, de desenvolver modelos cada vez mais amplos e integradores.

Confirmando essa idéia, Paiva (2001) afirma que: *“Há ordem dentro da desordem: A seqüência de comportamentos é previsível conforme aumentamos o valor dos parâmetros de controle do mecanismo, e o resultado totalmente imprevisível do caminho tomado têm um padrão de auto-similaridade. Em outras palavras, não sabemos quando e onde os galhos de uma determinada árvore vão se bifurcar, mas podemos prever como vai ser, de uma maneira geral, a forma final de uma árvore daquela espécie.”*

Sobre a busca do melhor modelo para análise das organizações complexas, Holland (1995: 27) avalia que: *“Embora estes sistemas complexos difiram em questões de pormenores, a questão da coerência face à mudança é o enigma central (grifo nosso) de cada um dos casos. Este fator comum é tão importante que no Instituto Santa Fé reunimos estes sistemas sob a mesma designação, referindo-nos a eles como sistemas adaptativos complexos (SACs). É mais do que uma questão de terminologia. Representa a nossa intuição de que o comportamento dos SACs é regido por princípios gerais, os quais fornecerão pistas para a resolução de problemas pendentes. O nosso objetivo é isolar esses princípios gerais”*

Concluindo, Holland (1995: 34) em seguida, afirma: *“A modelação, convém frisá-lo, é uma arte. Depende da experiência e do gosto do modelador. Nesse aspecto, assemelha-se muito a uma caricatura, especialmente, uma caricatura política. O modelador (caricaturista) tem que decidir quais são as características que pretende realçar (exagerar) e as que pretende*

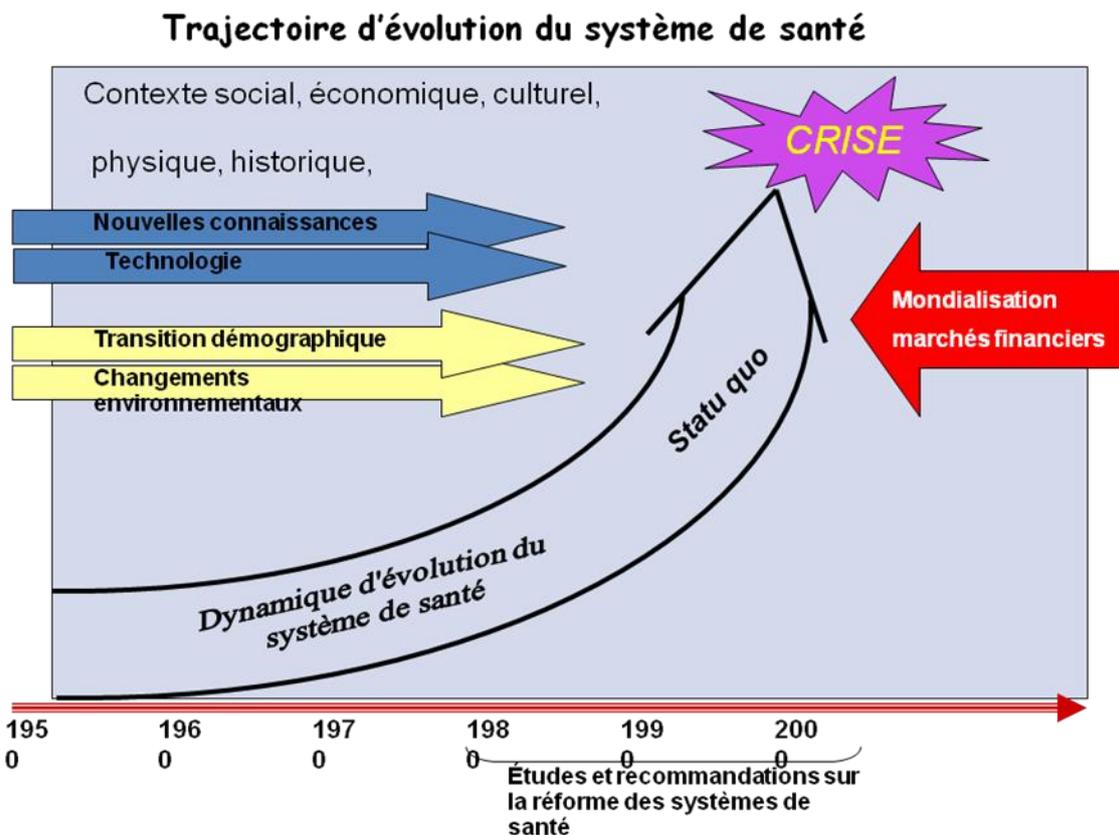
eliminar (evitar), de modo a responder às questões que se lhe colocam (apresentar uma posição política)”

Possivelmente, poderíamos sintetizar a respeito da arte de criar modelos sobre organizações complexas, como De Masi (2002; 699): *“Criar, de fato, significa iluminar aquilo que estava escuro, dar forma àquilo que antes era caótico, gerar aquilo que nunca havia sido criado nem gerado, antecipar o futuro, produzir o porvir.”*

1.2.2 O desempenho das organizações de cuidado de saúde

Segundo Contandriopoulos (2008) , a necessidade de analisar desempenho em instituições de saúde surgiu no final dos anos de 1980, quando o sistema de saúde entrou em uma situação de crise estrutural. Basicamente, resultado de duas grandes pressões: (1) pressão do desenvolvimento da ciência na medicina (conhecimento e técnica) e as necessidades de saúde da população (transição demográfica e mudanças no meio ambiente) ; (2) pressão financeira exercida sobre os países para redução das despesas públicas (mundialização dos mercados financeiros).

Figura 1 : Trajetória da evolução do sistema de saúde



24/02/2009

AP Contandriopoulos

6

Nesse momento, inaugura-se uma nova retórica: “É possível fazer mais e melhor com os recursos existentes. Desde que se transformem as modalidades de organização no sistema de saúde e pratique-se: INTEGRAÇÃO; DESEMPENHO E GOVERNANÇA.”

No início dos anos de 1990 o conceito de desempenho aparece com força, relacionado com a qualidade, excelência e multiplicam-se os indicadores de gestão, originalmente com foco em redução dos custos empresariais, ou em modelagens geradas a partir de avanços no setor industrial. E como não poderia deixar de ser, penetram na área de saúde, nem sempre com a devida mediação para a sua peculiaridade ou ainda necessitando de comprovação das possibilidades de uso na gestão hospitalar (Gurgel Júnior, 2002). É o caso de três metodologias para melhoria do desempenho: o Seis Sigma; o Balance Scorecard (BSC); Qualidade Total (QT). O primeiro utiliza a matriz com cinco dimensões (DMAIC): definir o problema; medir o processo; analisar a relação causal entre o problema e o processo; melhorar os processos visando reduzir a variação entre os produtos; controlar os processos para manter a redução da variação entre produtos (Hagg, 2007). O segundo considera quatro dimensões interligadas pelo plano estratégico da organização: a perspectiva financeira; a perspectiva dos consumidores; os processos de produção; o aprendizado e o crescimento (Oliva & Borba 2004). O terceiro tem o foco na geração de maior eficiência e redução de custos (Gurgel Júnior, 2002).

Todavia, alguns modelos de desempenho das organizações de saúde se afirmaram em maior ou menor grau no setor, apresentaremos, em seguida, de forma mais aprofundada quatro deles: o modelo Donabediano; o DEA; o Benchmarking; o modelo EGIPSS.

O modelo conceitual da qualidade na assistência a saúde como base para o monitoramento do desempenho e ajuste dos serviços de saúde - proposto por Donabedian

Avedis Donabedian é considerado um dos maiores especialistas na área. Em 1990 publica artigo conceitual sobre os sete pilares da qualidade e em 2003, no livro *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, aprofunda o tema, e propõe as seguintes definições:

- **Eficácia:** É a habilidade da ciência e tecnologia da assistência à saúde de trazer melhorias a saúde e ao bem estar, quando usada sob as condições mais favoráveis. Geralmente, são conhecimentos adquiridos através de pesquisas clínicas controladas. Significa alcançar a fronteira tecnológica.
- **Efetividade:** É o grau de melhoria alcançado na saúde sob as condições da prática da assistência, no dia-a-dia. Pode-se graduar o avanço obtido tendo como referência o nível de qualidade definido nos estudos de eficácia.
- **Eficiência:** É a habilidade de baixar os custos da assistência sem diminuir as melhorias alcançadas na saúde. Se duas estratégias em saúde são igualmente eficazes e efetivas, a de menor custo é a mais eficiente. Não se trata de renunciar a melhorar as condições de saúde, para economizar recursos, mas sim ter como objetivo obter os melhores resultados ao menor custo.
- **Otimização:** É o equilíbrio entre as melhorias alcançadas na saúde e o custo de tais melhorias. Pode-se encontrar uma situação, onde os investimentos em saúde são crescentes, todavia os benefícios ficam nivelados, podendo até, em determinado momento, a relação custo/benefício ficar adversa.

- **Aceitabilidade:** É a adaptação da assistência à saúde conforme os desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias, como: acesso; relacionamento entre a equipe de saúde – paciente; atributos relativos à conveniência, privacidade, conforto, limpeza, climatização, nutrição adequada etc., visando atingir a plena satisfação do paciente; possibilidade de julgamento por parte do paciente do que é melhor para ele, tais como decisões sobre efeitos, risco e custo do seu tratamento, permitir a expressão do paciente do que é mais justo para preservar sua individualidade.
- **Legitimidade:** É a conformidade com as preferências sociais, expressa nos princípios éticos, valores, normas, leis e regulações. Em síntese é a aceitabilidade social. Espera-se em uma sociedade democrática que todas as características da assistência à saúde importante para o indivíduo sejam matéria de interesse social. Até por que existem responsabilidades individuais no cuidar da saúde, assim como no bem estar coletivo.
- **Equidade:** É o princípio da distribuição justa dos benefícios da assistência à saúde entre os membros da população. No nível coletivo a distribuição equitativa do acesso e da qualidade da assistência é matéria de deliberação da política social.

Segundo Donabedian (2003, 4), a qualidade da assistência é *julgada* pela conformidade com o padrão derivado de três fontes: a) A ciência na assistência à saúde, que determina a eficácia, b) os valores e expectativas individuais, que determina a aceitabilidade c) os valores e

expectativas sociais, que determina a legitimidade. O maior desafio e de maior significado moral é reconhecer e manejar as discrepâncias entre as preferências individuais e sociais.

Todavia, a qualidade da assistência à saúde é, marcadamente, *produto* de dois fatores: a) o desenvolvimento tecnológico e científico na saúde e b) a capacidade de transformar esses avanços em assistência ao paciente. Portanto,

**A QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE É PRODUTO DO
CONHECIMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA TÉCNICA E
SUA APLICAÇÃO NO ATO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE**

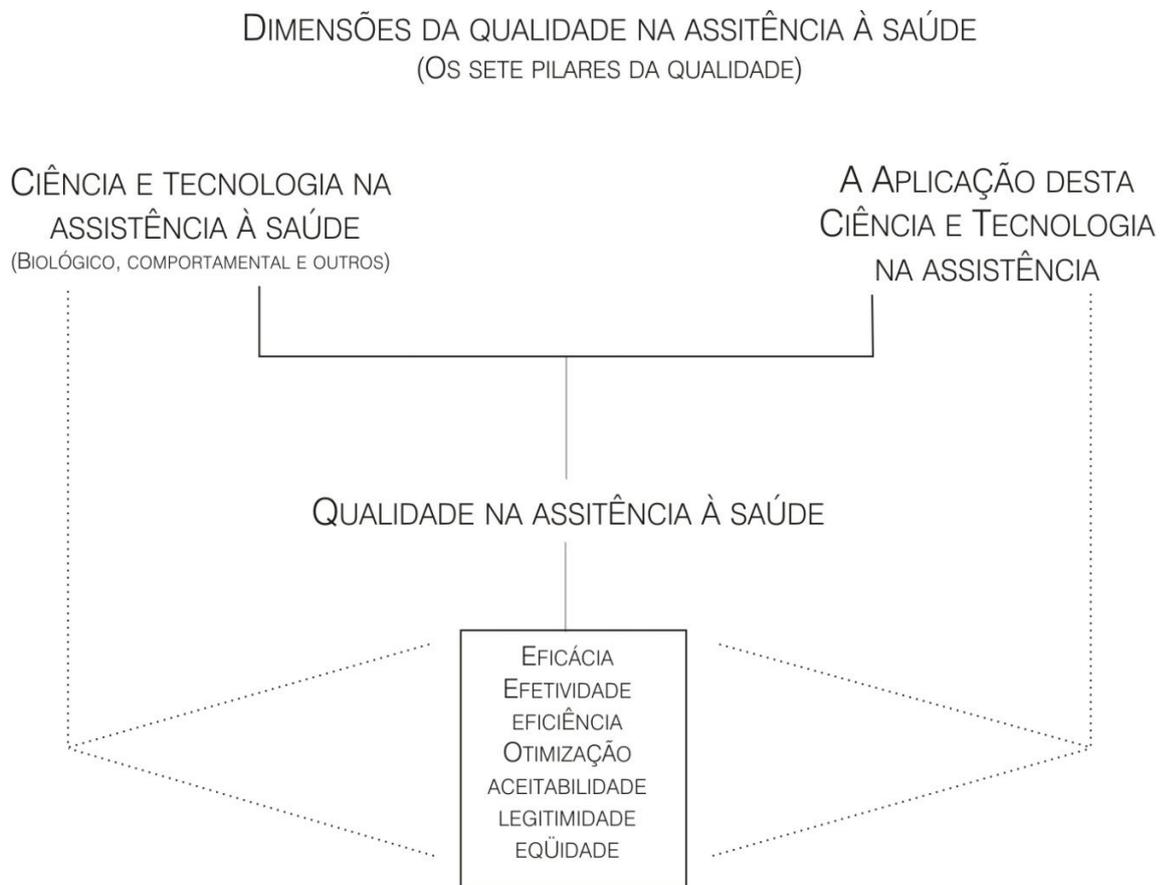
Donabedian (2003, 46) propõe medir as dimensões da qualidade, definidas acima, a partir de três características: ESTRUTURA; PROCESSO e RESULTADO. Ou seja, os três aspectos são utilizados para avaliar os sete atributos da qualidade, portanto representam uma possibilidade de medição do desempenho dessas dimensões. Embora muitas vezes sejam confundidos com a própria definição de qualidade ou como sendo atributos da qualidade, e não são.

Definiram:

- Estrutura: São as condições que proporcionam a assistência à saúde. Fazem parte: Recursos materiais; recursos humanos e características organizacionais.

- **Processos:** São as atividades que constituem a assistência à saúde. Fazem parte: Diagnóstico; tratamento; reabilitação; prevenção; educação ao paciente, e outras.
- **Resultados:** São as mudanças, desejáveis ou não, nos indivíduos ou na população, atribuídas à assistência à saúde.

Donabedian (2003) propõe o seguinte diagrama (figura 2):



Donabedian, A, AN INTRODUCTION QUALITY ASSURANCE IN HEALTH CARE, Oxford University Press, 2003

Donabedian expressa sua síntese, como descrito acima, afirmando que a qualidade na assistência é a relação entre a eficácia e a efetividade, ambas atributos da dimensão produção dos serviços de saúde .

Os demais atributos da matriz conceitual da qualidade na assistência proposta por Donabedian: eficiência; otimização; aceitabilidade; legitimidade e equidade completam o modelo de qualidade assistencial, característica fundamental da produção dos serviços de saúde.

Com base nesse modelo, cujo foco é a qualidade na assistência, Donabedian propõe monitoramento dos serviços de saúde, para melhorar continuamente seu desempenho e assim, **garantir** a qualidade assistencial (2033; xxvi).

Portanto, nos parece correto afirmar que apesar da qualidade ser uma das características fundamentais da produção dos serviços de saúde, a ser considerado no desempenho das organizações de saúde, compõe o seu núcleo técnico, mas qualidade e desempenho são conceitos distintos e não se confundem.

O tema, entretanto, exige maior debate entre os planejadores em saúde, pois ainda não há consenso. Em recente artigo, Escrivão Júnior (2007) afirma: *“Ou seja, rigorosamente os indicadores de desempenho mensuram apenas os aspectos do cuidado em saúde que os tomadores de decisão pretendem controlar, embora, freqüentemente, eles estejam associados à qualidade dos resultados dos serviços de saúde.”*

E, contrariamente ao que afirmamos acima, acrescenta:

“Não existe consenso na literatura quanto à definição e classificação dos indicadores de qualidade, sendo possível identificar uma tendência de se fazer a distinção entre as dimensões estrutura, processo e resultados da qualidade, seguindo a clássica formulação de Donabedian”.

Análise Envoltória de Dados (DEA):

O DEA é uma metodologia para estimar a eficiência técnica, que considera a taxa de resultado (output) por insumo (input) utilizado. Tem por princípio que um vetor input – output é tecnicamente eficiente se: (a) nenhum dos outputs pode ser aumentado sem que algum outro output seja reduzido ou algum input seja aumentado ou (b) nenhum dos inputs pode ser reduzido sem que algum outro input seja aumentado ou algum output seja reduzido. A eficiência de cada Unidade de Produção é a soma ponderada das saídas dividida pela soma ponderada das entradas, a distribuição dos pesos ocorrendo sem qualquer interferência do responsável. Essa equação gera uma fórmula cujos resultados distribuídos espacialmente produzem a fronteira da eficiência, onde as unidades de produção mais eficientes *envolvem* as menos eficientes (Lins, 2007). Tem origem no setor industrial, com objetivo de que as unidades de produção busquem maximizar seus resultados por unidade de insumo utilizado (orientação por resultados) ou minimizar a utilização de insumos por unidade de resultado (orientação por insumo). Usa-se o escore de eficiência alcançado identificando as unidades com melhores resultados, e em seguida são ranqueados linearmente.

O DEA permite desdobrar a eficiência técnica (eficiência técnica total - TTE) em dois componentes:

(1) eficiência técnica pura: considerada eficiência técnica interna (ITE) por associação a fatores internos da organização como práticas de gestão, controle do uso de insumos, estrutura organizacional, quantidade de recursos humanos e controle dos processos de produção.

(2) eficiência por escala: relacionada a fatores externos, em especial, as políticas para o setor que determinam o tamanho do hospital.

Os 21 estudos internacionais utilizando o DEA em hospitais são inconclusivos. Quatro estudos não revelaram diferença entre o hospital público e o privado relativo à eficiência, já cinco estudos demonstraram que os hospitais públicos são mais eficientes. Três estudos revelaram que os hospitais universitários são mais ineficientes. Um estudo revelou que o mercado estimula a concorrência entre hospitais e os tornam mais eficiente. Três estudos identificaram que quanto menor o hospital mais eficiente, outro quanto maior mais ineficiente e outro quanto maior mais eficiente. Em relação, a associação da qualidade com a eficiência os estudos, também, são inconclusivos, dois estudos revelaram que quanto maior a produção pior é a qualidade, outro demonstrou que se podem diminuir os custos em 11% sem alterar a qualidade. A associação negativa entre eficiência e qualidade revela os limites em quanto da eficiência técnica pode ser melhorada sem prejudicar a qualidade da assistência.

No Brasil foram realizados nove estudos. Os estudos de Marinho (La Forgia, 2009a) revelaram uma relação inversa entre eficiência e tempo médio de permanência. Calvo (La Forgia, 2009a) não encontrou diferença na eficiência entre hospitais públicos e privados. Em relação ao porte houve controvérsia. Marinho verificou que hospitais universitários com menos de 200 leitos são mais eficientes dos que tem mais. Proite (La Forgia, 2009a) encontrou aumento da economia de escala em hospitais cirúrgicos.

O estudo apresentado por La Forgia GM & Coutolenc BF (2009a), utilizando amostra da Assistência Médico Sanitária do IBGE / 2003, analisou 428 com mais de 25 leitos, escolhidos de maneira randomizada, respeitando a distribuição geográfica e porte dos hospitais brasileiros, utilizou a seguinte matriz de produtos e insumos, para análise do DEA:

Quadro 1: insumos x produtos utilizados no DEA / BM

INSUMOS	PRODUTOS
Nº DE LEITOS	ALTAS HOSPITALARES
Nº DE CONSULTÓRIOS	PROCEDIMENTOS DE EMERGÊNCIA
LOGARÍTIMO DO ÍNDICE DE COMPLEXIDADE BASEADO EM EQUIPAMENTOS	
SOMA DE MÉDICOS E RESIDENTES	
PESSOAL DE ENFERMAGEM	
OUTRAS CATEGORIAS DE PROFISSIONAIS	

Concluiu-se que:

(1) apenas 25 receberam escore 1 em relação a eficiência técnica total.

(2) os demais, 403 ficaram abaixo da fronteira da eficiência, recebendo escore de 0,341, em uma escala de 0 a 1. Em especial, os hospitais de pequeno porte, pois apesar de apresentarem altos índices de eficiência técnica interna (ITE), receberam notas baixas por apresentarem leitos abaixo da faixa de 150 a 250, considerada o porte ideal de hospital para produzir eficiência de escala. E os hospitais federais públicos, especialmente, os hospitais universitários por apresentarem excesso de recursos humanos por leito e maior tecnologia agregada, porém com baixa eficiência técnica interna (ITE). Foram considerados com altos escores de eficiência os hospitais públicos do Estado de São Paulo gerenciados pelas Organizações Sociais (OS).

Já o estudo de Lins (2007) utilizou cinco variáveis de input e oito variáveis de output, para aplicar a metodologia DEA na análise de desempenho de hospitais universitários brasileiros.

Esse estudo foi orientado para a expansão dos serviços, portanto, output orientado, uma vez que se esperou a melhoria da produção para o mesmo conjunto de recursos. Na literatura prevalecem os estudos input orientados, que enfatizam a meta da redução de custos para uma mesma produção.

Quadro 2: insumos x produtos utilizados no DEA/ Lins

VARIÁVEL / INPUT	DIMENSÃO
Número de funcionários não médicos	Assistência
Número de médicos	Assistência
Receita média mensal proveniente do SUS	Assistência
Número total de docentes	Ensino
Número de docentes com doutorado	Pesquisa
VARIÁVEL / OUTPUT	DIMENSÃO
Índice de Alta Complexidade	Assistência
Relação internações / leito (mensal)	Assistência
Relação cirurgias / sala (mensal)	Assistência
Relação consultas ambulatoriais / sala (mensal)	Assistência
Número de alunos de medicina (graduação)	Ensino
Número de residentes médicos	Ensino
Número de mestrandos e doutorandos	Pesquisa
Número de programa de pós-graduação / medicina	Pesquisa

Concluem em relação à utilização do DEA para ranquear os hospitais universitários brasileiros que:

“Ainda, para lidar com situações mais complexas, os modelos clássicos são insuficientes, dado que uma etapa essencial e insubstituível no processo de modelagem consiste na interação com os tomadores de decisão e na definição de critérios de consenso.”

Ademais: *“Finalmente, é consenso na perspectiva de todos que a eficiência é uma dimensão básica a ser avaliada no estudo de desempenho hospitalar, que tanto o órgão regulador como as unidades que buscam a coerência entre os mecanismos de controle externo e interno e,*

principalmente, que a transformação de ações punitivas em ações educativas e formativas é condição básica para a melhoria da oferta de saúde para a população, pressupostos que a metodologia busca considerar.”

Ou seja, a decisão mais difícil para estabelecer a complexa e difícil relação entre input (insumos) e output (resultados) é definir quais insumos e resultados devem ser medidos e correlacionados.

Benchmarking:

O Benchmarking é uma ferramenta potente para melhoria contínua do desempenho, também, tem sua origem na indústria, e cada vez mais é utilizada no setor saúde, em especial, nas organizações hospitalares. Busca identificar as melhores práticas em determinados processos e resultados, comparando-os com o desempenho organizacional. Na saúde, tem como foco a melhoria da qualidade e da efetividade.

O benchmarking, que é definido por Higgins (1997) como:

“processo contínuo e sistemático para avaliar produtos, serviços e processos das organizações reconhecidas como representantes das melhores práticas para fins de melhorias organizacionais. O foco do benchmarking pode ser interno, externo ou funcional, comparando desempenhos de um processo ou de uma função com o melhor desempenho indiferente de se tratar do setor industrial.”

Distinguem-se quatro tipos de benchmarking (La Forgia, 2009b):

- (1) Interno: envolve comparações entre procedimentos similares dentro da organização
- (2) Competitivo: envolve comparações com o competidor direto da organização

(3) Funcional: envolve comparações do mesmo procedimento ou funções em diferentes setores entre organizações que possuem processos similares.

(4) Genérico: envolve comparações de processos com outras organizações que inovaram em determinados aspectos

Uma vez identificado o padrão de desempenho, a linha de base, o benchmarking, poderíamos seguir dois caminhos:

(a) Estabelecer o ranqueamento, visando identificar as melhores organizações. Neste caso o ranqueamento poderá ser utilizado para várias finalidades, entre as quais, a estratégia de aumentar a competição no setor.

(b) Estabelecer práticas exemplares, identificando qual processo ou estrutura está por trás dos resultados encontrados, visando à melhoria contínua da qualidade.

No caso da comparação dos resultados entre organizações de saúde, Krumholz (2002, apud Iezzoni, 2003) propõem que sejam utilizados como ferramentas da melhoria contínua da qualidade, identificando e premiando os melhores esforços, e menos como identificação de “ganhadores e perdedores”, como meio de discriminar publicamente o desempenho entre hospitais.

Para respaldar esse entendimento, apresentamos estudo realizado por Baker (2002), com objetivo de avaliar se a publicidade - através do cartão de resultados dos hospitais - da taxa de mortalidade hospitalar ajustada ao risco e 30 dias pós – alta, melhorava após a divulgação desses resultados. O estudo baseou-se no programa “Cleveland Health Quality Choice”, durante o período de 1991-1997. Foram avaliados 91.539 prontuários médicos, durante o período de 1991-1997. A mortalidade hospitalar ajustada ao risco declinou significativamente para todas as condições (IAM, ICC, DPOC e PNM), com exceção para o AVC. Por outro

lado, a mortalidade pós-alta cresceu para todas as condições, exceto para DPOC. O estudo conclui que os pacientes poderiam ter recebido alta hospitalar prematuramente, em condições clínicas instáveis, já que houve, concomitante, queda no tempo médio de permanência.

Conclui-se que em relação a dar publicidade, propõe que programas com foco na melhoria da qualidade assistencial verifiquem resultados na atenção, mas, prioritariamente, estimulem compartilhamento das melhores práticas, observando o processo de trabalho que induziu o resultado encontrado.

Como exemplo, podemos citar o Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), o maior programa de benchmarking em curso no Brasil. É mantido pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, conta com a participação de mais de 100 hospitais, e possui 18 hospitais “selados”. A adesão é voluntária, e o compromisso básico é com o movimento contínuo pela qualidade hospitalar, realizada por auto-avaliação periódica. Tem como entidades apoiadoras: PROAHSA; Sociedade Médica Brasileira de Administração em Saúde; Fundação para o Premio Nacional da Qualidade / Premio Nacional de Gestão em Saúde.

Deve-se levar em conta, para efeito de comparação dos indicadores apresentados pelo CQH (2009), que dos 18 hospitais selados do CQH, cinco são maternidades, sete são privados, e seis são públicos gerenciados por Organizações Sociais, com pronto-socorro referenciado.

Na lógica de identificar vencedores e perdedores em benchmarking vale citar a instituição do THOMSON REUTERS 100 TOP HOSPITAL: EVEREST AWARD FOR NATIONAL BENCHMARKS (2009). Trata-se de um processo contínuo de avaliação do desempenho hospitalar, que busca premiar as melhores organizações hospitalares e responder as seguintes perguntas:

- 1) O planejamento estratégico do seu hospital resultou em fortalecimento transversal em todas as áreas da organização?
- 2) O seu planejamento estratégico resultou em melhorias em algumas áreas e, inadvertidamente, piora em outras?
- 3) Qual estratégia pode ajudar o hospital a aumentar a taxa de melhoria em determinadas áreas que ainda estão distantes da média nacional?
- 4) Qual incentivos poderemos adotar para atingir as melhorias mais rapidamente?
- 5) Quais investimentos poderemos realizar para atingir os objetivos do hospital e do sistema de saúde?
- 6) Podemos quantificar aumento nos valores de curto e longo prazo que o hospital ofereceu a sua comunidade?

O modelo EGIPSS

Sicotte *et cols.* (1998) desenvolveram modelo que se propõe integrador para análise de desempenho dos serviços de saúde, foi aperfeiçoado pelo Groupe de Recherche Interdisciplinaire em Santé (GRIS) - Secteur Santé Publique - Faculté de Médecine - Université de Montréal (GRIS, 2005), e denomina-se « Évaluation Globale et Intégrée de la Performance dans les Systèmes de Santé » (EGIPSS).

Apóia-se, **entre outras**, na Teoria da Ação Social de Parsons (1977: 178 - 179).

A teoria parsoniana, considera que o comportamento no nível cultural do sistema é denominado ação e esta é tecnicamente constituída de quatro subsistemas:

(1) O organismo: embora tratado como uma entidade concreta, se torna, em um nível mais geral, em uma entidade com componentes abstratos e culturalmente organizado para a ação;

(2) O subsistema social: gerado pela interação entre os indivíduos da unidade, a propriedade que o distingue, é consequência e condição para os modos específicos de interrelações obtidas entre os organismos vivos, os quais constituem a unidade;

(3) O subsistema cultural: é o aspecto da ação organizada sobre características específicas de símbolos e exigências que formam um sistema estável. É o que permite ao sistema de ação, primariamente, adquirir o seu « senso de direção ». Deve ser tratado com independência de qualquer outro particular sistema social. São as crenças e idéias que marcam a organização e permite preservar ao longo do tempo, através da sua difusão, a sua marca para outros indivíduos ou organizações;

(4) A personalidade do ator: é o aspecto da vivencia individual, cuja origem vai além do padrão hereditário – meio ambiente, mas reflete o tipo e conteúdo da satisfação individual, da capacidade intrínseca de aprender e agir.

Os quatro subsistemas estão articulados em bases orgânicas de vida e a adaptação ao meio ambiente deve ser vista de forma biologicamente ampla. Existe uma compreensão de que o sistema social é o núcleo do sistema de ação humana, fazendo a ligação primária entre a cultura e o indivíduo, ambas como personalidade e como organismo, fato que os teóricos da « cultura e personalidade » frequentemente, não consideram adequadamente.

Parsons é considerado o principal formulador do *funcionalismo estrutural*, cujo preceito, praticamente axiomático, de que toda orientação das análises concretas deveria estar dirigida por estruturas supostamente invariáveis, o que impunha de início, sérias limitações teóricas (Luhmann 2009: 37).

Sobre esse pensamento, Feuerwerker & Cecílio (2007) afirmam: *“O paradigma funcionalista dá conta de certas questões da administração hospitalar já que o hospital também funciona como um sistema, ou melhor, tem aspectos de funcionamento de sistema, tem partes mais estruturadas e previsíveis, fluxos de insumos, processos com certa materialidade e **outputs** claramente reconhecidos. Mas há necessidade de uma reflexão teórica que inclua outros referenciais para dar conta da singularidade e dos desafios presentes na gestão dos hospitais.”*

Por outro lado, Minvielle (2008) afirma que a força do pensamento parsoniano está em incorporar as quatro funções essenciais, descritas acima, dos sistemas sociais, incluindo os hospitais, em um modelo de desempenho das organizações. A perspectiva de Parsons permite integrar características do desempenho das organizações antes consideradas de forma isolada. Essas características seriam:

(1) Modelo do alcance de metas: É considerado o modelo mais utilizado e corresponde a um conceito funcionalista e racional das organizações. A existência das organizações está a serviço do cumprimento dos seus objetivos específicos e a avaliação do desempenho consiste em medir o alcance ou não desses objetivos.

(2) Modelo dos processos internos: Tem foco no desenvolvimento de normas e padrões estáveis, sem tensões excessivas. O controle e a estabilidade dos processos internos são valorizados.

(3) Modelo da aquisição de recursos: A organização é considerada um sistema aberto, onde se prioriza a sua relação com o ambiente externo. O sucesso da organização está em obter recursos para sua sobrevivência.

(4) Modelo das relações humanas: A motivação, o clima organizacional, a estabilidade, e o consenso são os valores fundamentais. A ênfase é nas atividades que contribuem para manter um clima satisfatório e de colaboração dentro da organização.

(5) Modelo político: Busca a satisfação dos objetivos internos e externos estratégicos da organização, que são consideradas arenas políticas. A ênfase é na negociação e no compromisso.

(6) Modelo da legitimidade social: A reputação, o prestígio e a imagem são os melhores indicadores de desempenho. É uma perspectiva ecológica, onde a organização busca atingir valores socialmente cultivados.

(7) Modelo zero defeito: Quando a organização não comete erros ou identifica os momentos de mau desempenho.

(8) Modelo comparativo de desempenho: A organização é julgada em comparação a outra com características similares.

(9) Modelo normativo do sistema de ação racional: Onde a qualidade dos cuidados ou, generalizando, o desempenho é analisado utilizando normas não apenas de resultados, mas também, de processos e de estrutura da organização.

O modelo « Évaluation Globale et Intégrée de la Performance dans les Systèmes de Santé » (EGIPSS), então, visa integrar as várias teorias de desempenho das organizações, e ao mesmo tempo, reconhecer as peculiaridades das Organizações de Cuidados de Saúde. Deve responder as duas perguntas originais que caracterizam os hospitais: Como medir adequadamente o desempenho em instituições com várias missões, algumas em oposição e de difícil conciliação? Como melhorar o desempenho de uma organização onde o desempenho de um setor pode causar diminuição de desempenho em outro setor? Ademais, se parte do

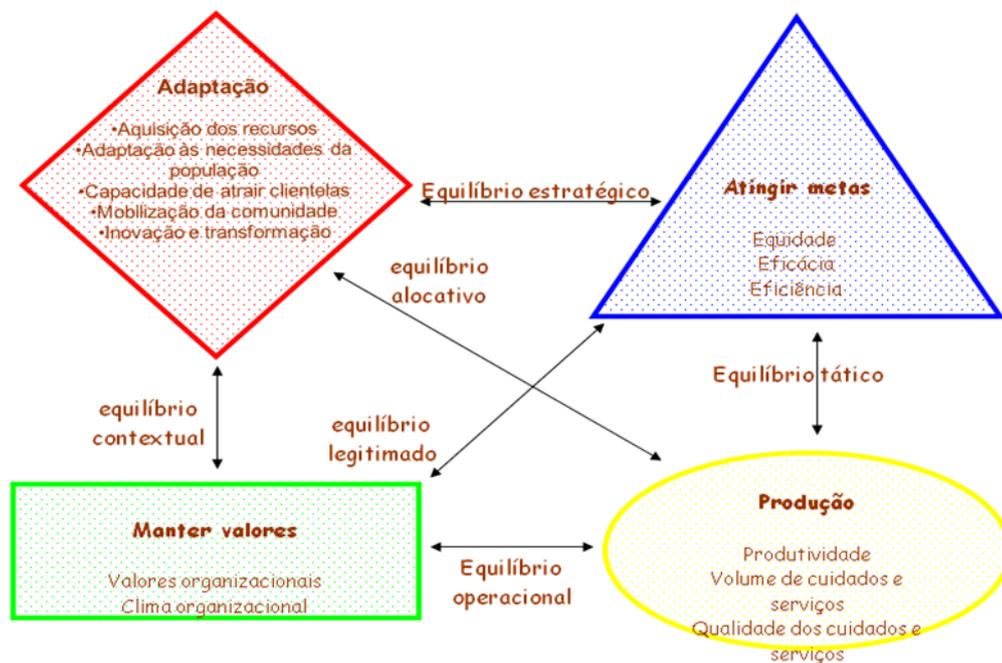
princípio que desempenho é, em síntese, uma ação coletiva. (Champagne, 2005b ; Contandriopoulos, 2008).

O modelo EGIPSS, portanto, estabelece quatro dimensões conforme o quadro 3 abaixo:

Dimensão	Conceito	Ações
I - Adaptação Externa	Capacidade de garantir a sobrevivência da organização e o seu crescimento, através de cuidadosas ações que capturem as oportunidades e enfrentem as ameaças do ambiente externo	Capacidade de adquirir recursos financeiros, tecnológicos e humanos; habilidade de mobilizar o apoio da comunidade; capacidade de dar respostas às necessidades e valores sociais da população; habilidade para inovar, aprender e se transformar de acordo com as mudanças tecnológicas, demográficas, sociais e políticas
II: Conquista dos objetivos estratégicos da organização	Capacidade da organização fazer escolhas estratégicas acertadas, alinhando seus objetivos de curto, médio e longo prazo a essas escolhas. Em síntese, significa desenvolver a plena efetividade dos serviços ofertados	Capacidade de produzir resultados positivos na assistência; capacidade de produzir os melhores resultados na assistência ao menor custo (eficiência); capacidade de gerar satisfação na população atendida, nas lideranças da organização e do sistema
III - Produção de serviços hospitalares	A produção de serviços inclui a assistência clínica e os serviços de suporte. É o núcleo técnico do hospital e, tipicamente, é o foco da avaliação de desempenho hospitalar, utilizando-se mais indicadores	Capacidade de gerar volume adequado de serviços hospitalares; habilidade de coordenar a produção dos serviços hospitalares; capacidade de gerar resultados positivos na produção da assistência (serviço oferecido x resultado encontrado = efetividade); capacidade de gerar <i>qualidade na assistência</i> : humanização; acessibilidade; continuidade; expertise; segurança ao paciente; satisfação do usuário
IV - Geração de valores e desenvolvimento da cultura organizacional	Capacidade de produzir coesão interna entre os membros da organização em torno de valores, normas, sentimentos e propósitos. Sabe-se que a especificidade das organizações hospitalares é produzir serviços sobre grandes exigências e pressões, para adquirir alto grau de perícia e especialização. Gerando necessidade de treinamento e capacitação constante, atualização e produção científica na fronteira do conhecimento. Tem como principal substrato a motivação dos seus profissionais, a formação humanística e ética, todos devidamente valorizados, para agirem de maneira sinérgica	Gerar clima organizacional participativo com foco na assistência ao paciente e na construção do conhecimento.

A seguir, a figura apresenta o diagrama do modelo integrador EGIPSS, com as quatro dimensões para análise de desempenho das organizações de saúde, relacionando-as entre si, em seis tipos de equilíbrios: estratégico; tático; operacional; contextual; alocativo e legitimado (figura 3):

Dimensões e sub-dimensões do desempenho do modelo integrador e configuracional EGIPSS



24/02/2009

A.P. Contandriopoulos, F.
Champagne, H. Nguyen, I.
Trabut, I. Hovelague, L.
Grenier

40

FONTE: GRIS (2005)

Ou seja, o desempenho da organização de saúde proposto pelo modelo EGIPSS estabelece que além de desenvolver as quatro funções essenciais, deve-se estimular a interação entre elas e buscar um equilíbrio dinâmico, assim definido :

(1) Equilíbrio tático - A relevância dos objetivos em relação a produção é garantir a conformidade entre a produção dos serviços e os objetivos da organização. Ou seja, dada as características corporativas e os objetivos individuais dos profissionais no dia- a-dia da

organização, a produção dos serviços está alinhada com os objetivos gerais da organização? O foco do equilíbrio tático é verificar se a organização é capaz de estruturar e supervisionar o processo de trabalho para alinhar a o sistema de produção dos serviços com os objetivos da organização de saúde.

(2) Equilíbrio alocativo - A convergência é entre os processos adaptativos com o sistema de produção. A questão colocada é se, dadas determinadas condições externas, a produção dos serviços está sendo realizada de maneira ideal? Ou seja, os meios alocados estão gerando resultados adequados? Os recursos adquiridos pela organização estão gerando serviços de acordo com as necessidades da população? A outra via é, se as necessidades de produção de serviços de saúde da organização estão recebendo adequados recursos externos?

(3) Equilíbrio operacional - A coerência da produção é com o sistema de valores. Ou seja, os padrões, normas e práticas adotadas pelos profissionais da organização são capazes de impactar na produção de serviços? Quais valores éticos estão sendo construídos pelos profissionais da organização? O ambiente organizacional mobiliza positivamente ou negativamente o sistema de produção? A produção dos serviços de saúde contribui para gerar conhecimento na organização?

(4) Equilíbrio estratégico - Desenvolve a capacidade de integrar a função adaptativa da organização com os as suas metas e resultados.

(5) Equilíbrio contextual - Desenvolve a capacidade da organização integrar as exigências adaptativas com o clima organizacional.

(6) Equilíbrio legitimador - Desenvolve a capacidade da organização integrar seus objetivos e resultados com os seus valores e cultura organizacional.

As OCS devem, portanto, serem capazes de realizar cada uma das quatro funções essenciais, ou seja, adaptar-se ao seu ambiente (adquirir recursos), responder as necessidades (objetivos / metas), produzir serviços com qualidade e quantidades adequadas (ser produtivo), manter e desenvolver valores (cultura organizacional). E estabelecer e manter uma tensão positiva e dinâmica entre essas quatro funções essenciais.

A análise do desempenho da organização de saúde virá, portanto, não somente pela medição dos indicadores das quatro dimensões, mas também pela capacidade dos gestores em integrar e equilibrar as mudanças, constantemente geradas entre as quatro funções essenciais, negociando com os diferentes atores, em especial, aquelas mudanças que promovam maior relevância à rede externa de outras organizações com as quais ela interage.

Desta forma, o modelo EGIPSS busca avançar para além da aplicação estanque dos modelos utilizados na Teoria das Organizações, que demarcam aspectos importantes do desempenho organizacional, porém, são utilizados de maneira fragmentada e, conseqüentemente, ao não integrá-los, perdem potência.

Aplicação do modelo EGIPSS

Dada a natureza complexa da avaliação de desempenho das OCS, consideramos adequado destacar como exemplo da utilização do modelo EGIPSS, o projeto desenvolvido pelo escritório europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS), denominado “*Performance assessment tool for quality improvement in hospital - PATH*” (Veillard, 2005).

A matriz de desempenho hospitalar apresentada no projeto *PATH* foi desenvolvida também pelo GRIS (2005), no mesmo período da apresentação do modelo EGIPSS, abril de 2005. Haveria dois aspectos inovadores do modelo *PATH*: (1) dar suporte aos hospitais em realizar

sua própria avaliação de desempenho, questionar seus próprios resultados, e (2) transformar esta análise em ação e propostas de melhoria.

Ou seja, as ferramentas de avaliação de desempenho hospitalar apresentadas pelo projeto deveriam permitir que os gestores dos hospitais a utilizassem com a rede de apoiadores internos, para melhorar continuamente os serviços hospitalares.

Foram identificados, inicialmente, 100 indicadores, porém ao final, o modelo se consolidou com seis dimensões e 18 indicadores globais (WHO, 2007; Groene, 2008):

(1) Efetividade clínica: Refere-se ao sucesso do hospital em produzir resultados na assistência clínica de acordo com o estado da arte do conhecimento e, da possibilidade de alcançar esses resultados na assistência aos pacientes que poderiam se beneficiar com eles. Os indicadores seriam: Taxa de cesarianas; Uso de antibióticoterapia profilática em cirurgias traçadoras: câncer colorretal; revascularização miocárdica; prótese de quadril; histerectomia; Mortalidade em patologias traçadoras: infarto agudo do miocárdio; acidente vascular cerebral; pneumonia adquirida na comunidade; fratura de quadril; cirurgia de revascularização do miocárdio; Readmissões em situações traçadoras: IAM; AVC; PNM; fratura de quadril; CRM; asma; diabetes mellitus; Realização de hospital dia cirúrgico para oito procedimentos: catarata; artroscopia de joelho; hérnia inguinal; curetagem uterina; tonsilectomia e adenoidectomia; colicistectomia; ligadura de trompa; varizes; Admissão após alta no hospital dia cirúrgico dos oitos traçadores; Retorno ao CTI; PS; CC

(2) Segurança: Avalia a estrutura e processos hospitalares adequados para prevenir ou reduzir danos aos pacientes, trabalhadores e ao meio *ambiente*. Os indicadores utilizados serão os mesmos da dimensão efetividade clínica; assistência paciente centrado e orientação para as equipes, já que é uma dimensão, que as perpassa.

(3) Assistência centrada no paciente: O hospital coloca no centro a atenção ao paciente e sua família. Respeitando suas necessidades, expectativas, autonomia, acesso a rede de suporte hospitalar, informação, confidencialidade, dignidade, escolha do profissional, e o desejo para o atendimento pronto e no tempo certo. Os indicadores seriam: Pesquisa de satisfação do usuário; Cancelamento de cirurgia no “último minuto”

(4) Eficiência: Ótimo uso das fontes internas para alcançar o melhor resultado, incluindo a produtividade, com o uso da tecnologia em saúde, a apropriação da melhor intervenção, dentro de recursos finitos. Os indicadores seriam: Tempo Médio de Permanência; Inventário de estoque de fármacos; Produtividade do Centro Cirúrgico

(5) Orientação para as equipes: O grau com que as equipes hospitalares são continuamente capacitadas, além das boas condições no ambiente de trabalho e satisfação com o produto do seu trabalho. Inclui a identificação de necessidades individuais, promoção de saúde, iniciativas seguras, comportamentos e situação de saúde adequada. Os indicadores seriam: Recursos orçamentários utilizados para capacitação de pessoal; Atividades de promoção de saúde (ex. diminuição do tabagismo); Absenteísmo; Acidentes de trabalho; Horas extras autorizadas.

(6) Gestão responsável: O grau que o hospital responde às necessidades da comunidade, garante a continuidade e a coordenação da assistência independente da raça, condição econômica, cultural, social e demográfica dos cidadãos e realiza a promoção da saúde. Os indicadores seriam: Garantia da continuidade da assistência (ex. orientação para amamentação).

Groene et al (2008) avaliaram a implantação do PATH em um grupo piloto de 37 hospitais em seis países (Bélgica; Canadá; Dinamarca; França; Eslováquia e África do Sul).

Concluíram que o papel do coordenador local do programa e sua aceitação pelos dirigentes do hospital é fator de sucesso para implantação do programa. E a quantidade de dados que necessitavam de suporte e de coleta foram considerados fatores que obstruíram o desenvolvimento do programa.

Em síntese, o modelo de avaliação do desempenho apresentado pelo projeto PATH integra indicadores a seis dimensões do desempenho hospitalar, ou seja, vai além de uma lista de indicadores, e enfatiza duas dimensões: a geração de valores e a produção de serviços de saúde. Permite, portanto, utilizar um sistema que englobe e integre medidas de desempenho organizacional (GRIS 2005).

O quadro conceitual proposto permite analisar o fenômeno caracterizado pela superlotação dos serviços de emergência hospitalar, como símbolo de uma parte que não funciona do todo, a saber, o próprio hospital e a rede de saúde que pertence, ambos complexos. Nesse sentido, os estudos sobre esse fenômeno devem buscar restabelecer as relações entre o todo e as partes e, distinguir as interações necessárias ao pleno funcionamento do sistema.

O modelo da matriz de avaliação do desempenho deve ser um instrumento eficaz, vinculado a tomada de decisões (Dobashi, 2005), e com credibilidade para a governança institucional, pois permite aos diferentes grupos internos da instituição, assim como da sociedade, compreender a complexidade e as lógicas envolvidas na organização de saúde. Ademais, a análise e o debate proporcionado pela constituição da matriz de desempenho e respectivos indicadores devem incentivar os profissionais, planejadores e gestores, a instituir e praticar *a melhoria contínua do desempenho hospitalar* (McLaughlin CP & Kaluzny AD, 2006). Ou seja, é um processo interno a organização de saúde, essencialmente, educativo, que tem início, mas não tem fim.

Para responder a quarta pergunta que estabeleceram os marcos do modelo conceitual que adotamos, qual seja: Quais relações podemos estabelecer entre essas soluções, o funcionamento do hospital e do sistema de serviços de saúde? Desenvolvemos uma análise das novas tendências da atenção hospitalar.

1.2.3 As novas tendências da atenção hospitalar

Segundo estudo realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2007 (MS, 2008) existem 5.193 hospitais gerais, dos quais 534 são pronto-socorros gerais, 1.234 hospitais especializados e 133 pronto-socorros especializados, correspondendo a 4,4% dos estabelecimentos de saúde do Brasil.

O perfil do financiamento público da assistência médico – hospitalar apresentou uma redução significativa. Em 1995, a assistência hospitalar correspondia a 65,42% dos gastos com ações e serviços de saúde, em 2005, correspondia a 43,83%. Carvalho em estudo recente (2007) identificou que nesse mesmo período o valor médio das internações aumentou de R\$ 252,44 para R\$ 608,68, e os custos gerais com a saúde aumentaram acima de 10%, descontada a inflação. Um das conseqüências foi que a oferta de leitos do setor privado para o SUS caiu de 43,99% em 1995 para 29,59% em 2005, diminuição essa compensada, em parte, pelo aumento da oferta de leitos públicos e entre os hospitais filantrópicos.

A maioria dos hospitais públicos sofre duplamente com o subfinanciamento. O primeiro subfinanciamento ou análise de custos é pela lógica da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que guarda pouca ou nenhuma relação com os custos reais, e na prática são utilizadas, apenas, como uma série histórica dos “custos hospitalares”. O segundo subfinanciamento é “orçamentado”, ou seja, é uma cota de recursos fixos e, definido no orçamento do ano anterior, também, sem relação alguma com os custos reais do hospital, que vêm diretamente do disputado tesouro federal, estadual ou municipal. Não é difícil, portanto, diante dos

crecentes custos da assistência hospitalar e do subfinanciamento crônico, verificar a origem do sucateamento da rede pública hospitalar.

Análise recente (Vecina Neto 2007) revela que a crescente faixa da população brasileira acima de 65 anos demanda quatro vezes mais internações que a média da população. Segundo estudo do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas (Rechel, 2009) o aumento da expectativa de vida na população americana irá aumentar em 46% a demanda por leitos hospitalares até 2027. O novo perfil da população poderá ter impacto direto na assistência hospitalar com o aumento da morbimortalidade e comorbidades ocasionadas pelas doenças crônico-degenerativas, causas externas; reaparecimento de antigas e aparecimento de novas doenças infecciosas, muitas sem possibilidades de previsão.

Carvalho (2007), analisando a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio realizada pelo IBGE em 2003, 12,3 milhões de brasileiros tiveram uma ou mais internações nos 12 meses anteriores a pesquisa, correspondendo a um coeficiente de internação hospitalar de 7,0 por 100 habitantes / ano. Dessas, 67,6% foram financiadas pelos SUS e 24,3% foram financiadas parcialmente ou integralmente pelo plano de saúde.

O quadro acima descrito pressupõe serviços públicos de saúde mais complexos, em especial, o hospital terá que adaptar-se ao aumento da expectativa de vida da população, mudança do padrão das doenças, introdução de novas tecnologias e medicamentos, que não devem ser temidas, aumento da expectativa pública e política, assim como novas modalidades de financiamento. E colocando em relevo o grande desafio - a premência da integração dos serviços de saúde para obtenção da integralidade da assistência (Rechel, 2009).

Diante disso, possivelmente, poderemos assistir, proximamente, a obsolescência da polêmica entre o modelo hospitalocêntrico e o modelo que privilegia a atenção básica. A constituição

de redes de atenção em saúde poderá ser o novo paradigma, aprofundando o princípio da regionalização solidária, cooperativa e com foco na melhoria da efetividade assistencial e organizacional do SUS.

A recente proposta dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) mostra-se uma proposição inovadora (Ministério da Saúde, 2009) para se avançar na integração, tanto no âmbito sistêmico quanto no âmbito das ações e serviços de saúde. Assim como, para incrementar o desempenho do sistema de saúde em termos de acesso, equidade, eficiência econômica, efetividade clínica e sanitária e, conseqüentemente, na satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde.

Em especial, desenvolvendo o conceito de “Linha de Cuidado” (Cecílio, 2007), que representa uma forma de transversalização e articulação das práticas de produção de saúde intra e entre as várias unidades de saúde, visando à garantia da integralidade, como elemento indutor da organização da rede de atenção à saúde. Potencializando as interações sensíveis a atenção básica, formando redes de atenção ao paciente, diabético, asmático, com doenças do coração, ou câncer, entre outras. As linhas de cuidado devem ser frutos da articulação de saberes da clínica, da epidemiologia, do planejamento, para aprimorar a efetividade da atenção a partir da definição das responsabilidades assistenciais de cada unidade de saúde, de todos os níveis da atenção, dos mecanismos de integração e co-responsabilização clínico-sanitária e das formas de garantir os recursos materiais e humanos necessários a sua operacionalização.

O hospital e o pronto-socorro fazem parte da rede de assistência, como um “ponto sistêmico” integrado aos demais equipamentos de saúde, com sua vocação assistencial bem definida, através de linhas assistenciais estruturadas que ultrapassem os muros do hospital, dialogando com as demais unidades do sistema via complexo regulador. O sistema sem muros (Zulmira, 2004). Esse novo papel do hospital é inadiável, é o fim do “hospital que faz tudo”, fechado

em si mesmo, sob pena de continuarem a representar o ponto de estrangulamento do sistema de saúde, pois diante do simbolismo da população e da, ainda, baixa resolubilidade dos demais componentes da rede, ainda se constituem a entrada do sistema. Ou se tornarem irrelevantes, como no caso dos hospitais de pequeno porte, que representam a maioria dos hospitais brasileiros, estão localizados de forma capilar, especialmente, nos municípios com menos de 30.000 habitantes (2.943 municípios), principalmente, no interior e no nordeste brasileiro (Ugá, 2007).

Os hospitais de pequeno porte têm potencial estratégico para garantir a integralidade, a equidade da atenção, e acesso universal, pois, podem: (a) agregar resolubilidade à assistência prestada pelas unidades da atenção básica, em especial, serem pontos de estabilização dos casos de urgência e emergência, aos partos e aos procedimentos de baixa complexidade, (b) garantir a continuidade da assistência prestada entre os diferentes níveis de complexidade, em um sistema de referências e contra-referências para os serviços hospitalares, e (c) estimular a fixação dos profissionais de saúde na rede municipal.

Alega-se que os HPP não têm economia de escala, pois não atendem ao princípio de que *“a média dos custos de uma unidade de produção tende a diminuir na medida em que o volume da produção aumenta”*. Esse princípio não se aplica as organizações de saúde, em especial, aos hospitais, já que o “produto saúde” não pode ser medido com a métrica industrial. Todavia, pode-se afirmar que os HPP atuam abaixo da sua capacidade instalada, particularmente, com baixas taxas de ocupação. Esse problema não tem haver com economia de escala, e sim com a baixa resolubilidade da rede de atenção local, e a solução é aumentar a efetividade clínica do sistema (Posnett, 2002).

Nesse ponto, questiona-se outro princípio da “economia de escala”. A efetividade clínica aumenta com o volume do atendimento. Em revisão sistemática sobre o tema realizada por

Halm (2002) encontrou resultados com grande variação, porém a relação entre volume de atendimento e melhores resultados foi encontrada em procedimentos de alta complexidade, tais como cirurgias cardíacas, ressecção de tumores, fraturas ortopédicas complexas, atendimento ao parto de alto risco, tratamento da AIDS, e outros. Não se espera dos HPP atendimentos de alta complexidade, e sim absorver 80% dos atendimentos de baixa complexidade e alguns procedimentos de média complexidade, conforme a resolubilidade da rede local. Ademais, e como sempre, mesmo para cumprir esse papel são necessários investimentos contínuos em estrutura e pessoal (Ugá, 2007).

Por outro lado, espera-se, também, o caminho inverso, a desospitalização, através dos serviços de atenção e internação domiciliar (SAID), a integração com as equipes de saúde da família, ambas permitirão ampliar os cuidados aos pacientes complexos fora do ambiente hospitalar, aumentando a participação dos serviços comunitários em procedimentos antes tipicamente hospitalares. E desta forma melhorando a efetiva utilização do “cobiçado” leito hospitalar (Bittencourt, 2003).

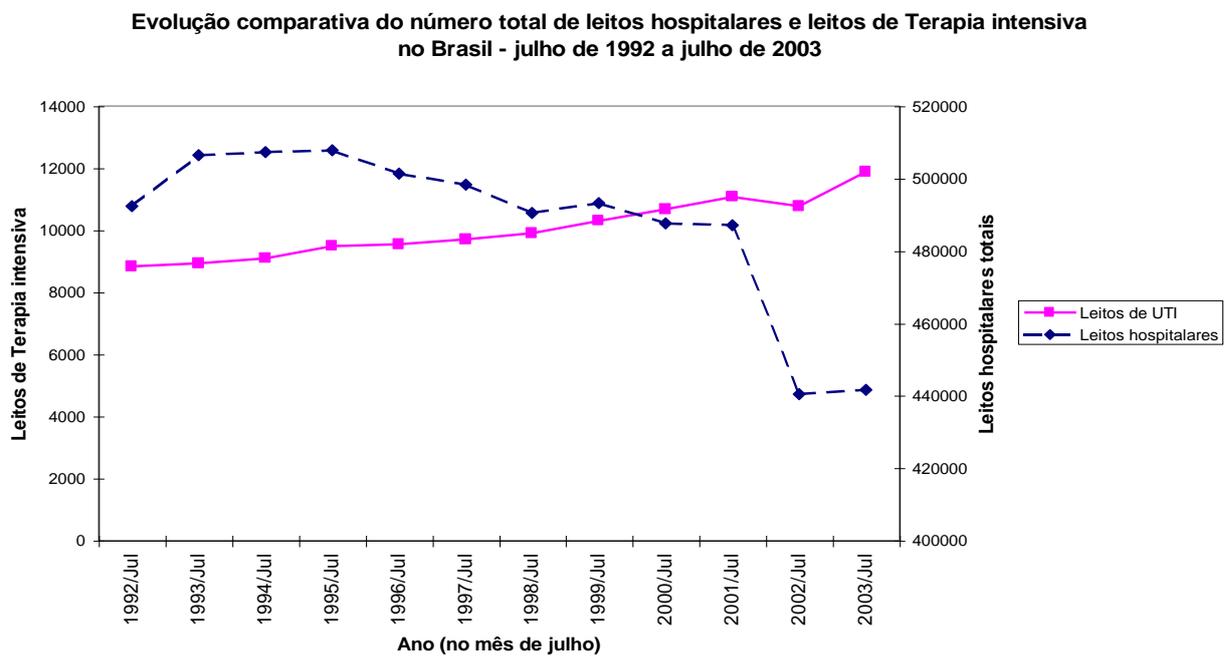
Ademais, segundo Rechel (2009) o desenvolvimento da tecnologia da informação e das comunicações, terá grande impacto nos serviços de saúde, pois a integração de toda a informação através de redes aumentará o uso de prontuários eletrônicos e únicos, assim como do uso da telemedicina. A consulta em tempo real proporcionado pela telemedicina permitirá a ligação de pequenas unidades de saúde com os grandes centros de especialistas, levando condutas complexas para mais perto do paciente.

Analisando a gestão hospitalar, propriamente dita, percebe-se uma encruzilhada, pois com base nas disposições legais sobre oferta de internações (portaria MS 1.101) há leitos hospitalares *além* do preconizado. Se fossem internados 10% da população (o SUS interna 7%), com uma média de permanência de cinco dias e uma taxa de ocupação de 80%, seriam

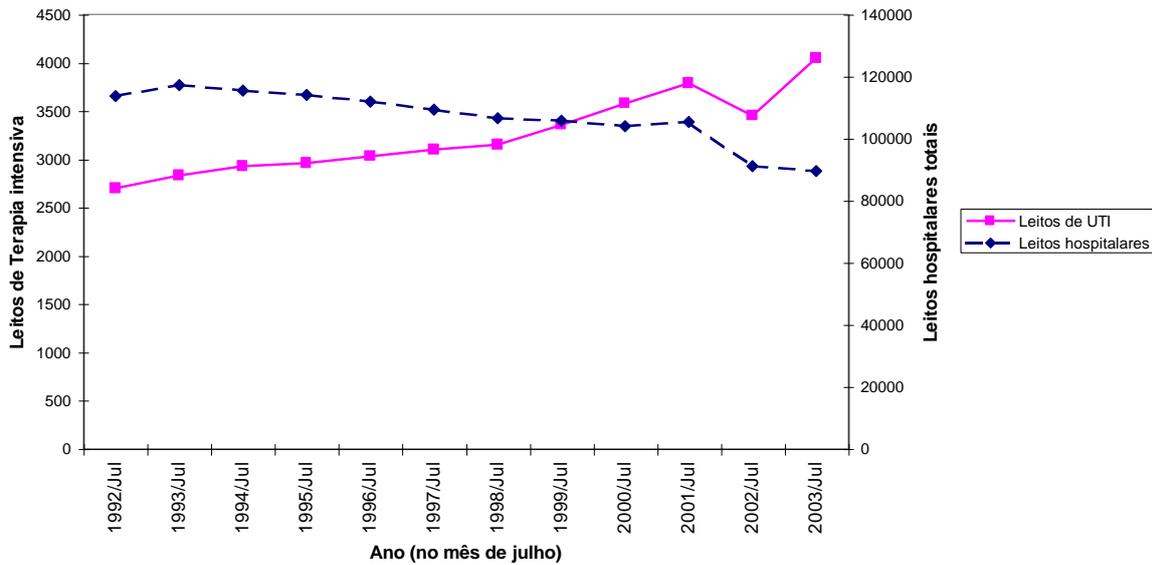
necessários para os 180 milhões de brasileiros 310 mil leitos e existem cadastrados 440 mil leitos. Todavia, existe falta de leitos de UTI, pois se preconiza 10% do total (31 mil leitos), e temos cadastrados apenas doze mil leitos para essa finalidade (Vecina Neto, 2007). Apesar desse déficit, dados recentes confirmam a tendência de diminuição de leitos hospitalares e o aumento de leitos de terapia intensiva (Coelho, 2006).

Os quadros 4 e 5 revelam a mudança no perfil do hospitalar e apontam para necessidades mudanças na organização do trabalho no ambiente interno do hospital. Permite, portanto, alinhar essas novas tendências com a matriz de desempenho, que iremos discutir em seguida.

Quadro 4 e 5:



Evolução comparativa do número total de leitos hospitalares e leitos de Terapia intensiva em São Paulo - julho de 1992 a julho de 2003



Portanto, a gestão hospitalar encontra-se em “cheque”, na medida em que, a *suficiência* de leitos de enfermarias e a *insuficiência* de leitos de terapia intensiva revelam o esgotamento do modelo tradicional de assistência hospitalar e aponta, claramente, na direção da assistência mais complexa e intensa, com mais densidade tecnológica (proporcional ao papel do hospital na rede) e da plena utilização dos recursos hospitalares. É o fim do “hospital albergue”, com tempos de permanência altos. Essa nova tendência da assistência hospitalar vale, guardando a devida proporção, para os hospitais de pequeno porte aos hospitais gerais com mais de 500 leitos, e mesmos os hospitais universitários, que não devem perder as características de ensino e pesquisa, e sim atualizá-las e integrá-las a essas novas tendências da assistência hospitalar (Cardoso, 2009). Cabe ressaltar que em função da sua natureza, os hospitais com atendimento de urgência demandam mais “dramaticamente” essa mudança (Bittencourt, 2007).

Encontramos nessa situação a oportunidade de introduzir uma nova questão, as novas tendências do modelo de atenção hospitalar, e a sua representação nuclear, a gestão da clínica.

Primeiramente, definindo-a como centro da atividade da gestão hospitalar (Portela, 2007; Scarazatti, 2006). Em seguida, na adoção de um novo modelo de assistência que assuma os desafios da gravidade e complexidade dos pacientes que cada vez mais “habitam” os nossos hospitais, já que a tendência mundial é que os hospitais assumam a responsabilidade dos pacientes graves e dos procedimentos complexos (Mckee, 2002).

Desta forma, introduzindo mudanças inadiáveis na melhoria da estrutura e no processo de trabalho nas enfermarias, evoluindo-as para enfermarias de cuidados intensivos (ECIs), possivelmente, apartamentos com um a dois leitos, permitindo assistência mais individualizada, com menos erros de medicalização, maior controle da infecção hospitalar, mais conforto ao paciente e ao acompanhante. Deverá seguir uma rigorosa gradação do risco clínico, com objetivo de prestar melhor assistência aos pacientes internados que complicam como, também, qualificar a assistência para a saída dos pacientes das unidades de terapia intensiva. Esse modelo implicará em altas taxas de utilizações do leito hospitalar, aumento da rotatividade e diminuição do tempo de permanência, gerando otimização dos custos hospitalares. Ou seja, a permanência no hospital será mais intensa e mais curta. Na Inglaterra, a diminuição de leitos hospitalares veio acompanhada do aumento da atenção domiciliar, especialmente, os serviços de enfermagem residencial (Degeling, 2009).

Nesse ponto, observa-se uma nova tendência, a gestão da clínica hospitalar com foco na efetividade clínica e na formação de equipes de alta performance, essa considerada o coração do sistema (Rechel, 2009; Fried, 2006; Carneiro, 2009). Conceitualmente, portanto, o objetivo é a melhoria contínua do desempenho organizacional, identificando principalmente no núcleo técnico hospitalar, ou seja, no resultado da produção dos serviços de saúde e na qualidade da assistência ao paciente o foco das ações de melhoria. Sem perder de vista,

jamais, que todos os hospitais, independente do seu porte e complexidade, tem determinadas vocações assistenciais, devendo repercuti-las e integrá-las na rede de atenção loco-regional.

Na medida em que os pacientes internados encontram-se graves e instáveis, aguardando procedimentos complexos, surge a necessidade de um nível superior de coordenação da assistência. Não só porque o paciente poderá exigir intervenções imediatas, como, também, sinergia e rapidez de ações multidisciplinares, além do resultado da propedêutica a tempo e à hora. A figura do antigo médico visitador, que apenas examinava o paciente, prescrevia a medicação do dia, solicitava exames e pareceres, e pouco se relacionava com os demais profissionais, em seguida ia para outra atividade ou outro hospital, torna-se ultrapassado para lidar com as exigências dos complexos pacientes internados. Assim como, o regime do plantonista hospitalar fica aquém do grau de responsabilização e vínculo necessário para a gestão clínica efetiva desses pacientes, a menos que se readaptem em equipes de intervenção rápida, com foco na assistência aos pacientes agudamente descompensados.

Campos & Amaral descrevem o seguinte contexto (2007):

“Nos sistemas públicos, costuma haver excesso de demanda, além disso, médicos e enfermeiros no Brasil têm múltiplos empregos, predominando formas de contratação para plantões, o que gera uma inserção vertical desses profissionais nesses serviços, com redução do número de médicos e enfermeiros com inserção longitudinal (horizontal no tempo, denominados diaristas) em enfermarias e ambulatórios. Isso vem produzindo um modo inadequado de inserção particularmente nos hospitais públicos. Em consequência, em enfermarias predomina um regime de trabalho semelhante ao pronto-socorro, em que uma mesma equipe não se responsabiliza pela atenção ao mesmo paciente durante todo o processo terapêutico.

Cresce ainda mais a fragmentação do processo terapêutico, a especialização e a multiplicação de profissões de saúde, tendência que vem aumentando o número de trabalhadores que intervêm no mesmo caso. Todos esses elementos contribuem em maior ou menor grau para a fragmentação e degradação do trabalho clínico.”

O modelo de gestão estruturalista aprofunda e pereniza as distorções descritas, na medida em que estabelece três linhas de comando na organização hospitalar: a gestão administrativa; gestão do trabalho de enfermagem; gestão do trabalho médico. Esse triplo comando inviabiliza a integração da assistência ao paciente internado no ambiente hospitalar tornando-o ineficiente e pouco efetivo (Campos, 2007).

Algumas alternativas ao modelo estruturalista de gestão hospitalar têm sido propostas (Campos, 2007), todas convergindo para o conceito de unidade na produção / integração dos serviços de hospitalares. Uma dessas novas tendências, que se afirma cada vez mais, é o modelo assistencial do médico hospitalista, o profissional de referência para a desafiante função de coordenação da equipe de alta performance clínica, cujo “set” de atuação seriam as unidades de produção hospitalares.

O médico hospitalista, que, inicialmente, teve sua atuação desenvolvida em hospitais urbanos no Canadá e Inglaterra, passou a constituir-se em uma nova “especialidade” médica, possivelmente, uma evolução do médico internista, porém com atuação centrada em potencializar e gerenciar os recursos hospitalares, assim como, as ações assistenciais, tornando-as menos fragmentada, mais holística, mais efetiva e eficiente. Parte-se do princípio que a permanência do paciente no hospital deve ser o mais curta possível, por motivos: (a) clínicos, (b) sanitários, (c) pressão de demanda, (d) custos. E, portanto, a assistência ao paciente deve ser mais intensiva e, a habilidade em gerenciar esses cuidados, baseado na experiência, expertise e na disponibilidade do profissional na organização, deve ser extremamente valorizada (Wachter, 1996; Schettino, 2006; Rechel, 2009).

Em recente experiência, o Hospital Regional (HR) do Mato Grosso do Sul estabeleceu as seguintes funções para o “médico assistente 36 horas”, a versão local para o médico hospitalista (FUNSAU/ HR / SES MS, 2009):

- Aumentar a responsabilização e vínculo do médico com o paciente internado no HR
- Ampliar o modelo da assistência médica horizontal para a maioria das unidades assistenciais do HR, com carga horária de segunda a sábado, de 7 às 19 horas.
- Limitar o modelo de assistência médica vertical (plantões) aos horários noturnos e finais de semana
- Adotar como padrão de excelência a medicina baseada em evidência (MBE), o uso de protocolos clínico-assistenciais, e a discussão semanal de casos clínicos por especialidade
- Realizar a Gestão da Clínica, adotando o modelo da efetividade clínica, coordenar a participação matricial de equipes multiprofissionais e multidisciplinares, implantar o prontuário único por problemas / responsável, realizar “rounds”
- Assumir as relações com a rede social do paciente procurando informar e responsabilizá-la com os cuidados necessários
- Coordenar a utilização dos meios diagnósticos de maneira eficiente e ágil
- Realizar a discussão contínua dos casos com as equipes subseqüentes
- Preparar a pré - alta dos pacientes
- Participar do processo de contratualização das unidades de produção
- Adotar indicadores e metas visando desenvolvimento da qualidade continua do padrão assistencial
- Participar do processo de ensino; capacitação e treinamento em serviço

A implantação desse modelo foi associada à instituição da linha de cuidado ao paciente crítico, denominado Programa de Atenção Integral ao Paciente Crítico (PROACRI), onde o coordenador médico do CTI adulto e enfermeiras assistenciais assumiram a gestão clínica de todos os pacientes críticos do hospital, independente do local ou unidade hospitalar de

internação do paciente, com impacto na diminuição da mortalidade hospitalar (FUNSAU/HR/SES MS Relatório de Gestão, 2009).

A utilização do médico hospitalista na gestão ativa dos leitos hospitalares e nos serviços de emergência hospitalares foi, também, estabelecida por Howell (2008). Atribuiu-se ao médico hospitalista a função de diretor de leitos do hospital e a um segundo médico hospitalista a função de coordenar dois “rounds” por dia na unidade de terapia intensiva e no serviço de urgência hospitalar, com resultados positivos na diminuição do tempo de permanência, no tempo de saída do paciente e na taxa de mortalidade.

Todavia, o principal fator de sucesso do trabalho de coordenação clínica do médico hospitalista está na constituição de equipes de alta performance. O conhecimento técnico das várias profissões e especialidades que atuam no hospital cresce exponencialmente, os recursos de apoio diagnóstico se sofisticam, porém a capacidade de aplicação prática desses conhecimentos depende diretamente das equipes instituídas com foco no paciente, de forma singular, e adequadas a cada caso. Aparentemente, trata-se de um paradoxo, no ambiente hospitalar, quanto mais se ampliam os conhecimentos e especialidades, mais acurados, específicos e integrados na assistência ao paciente devem ser aplicados.

Se, ainda levarmos em conta, a complexidade da organização hospitalar, com unidades de produção pesadas, funcionado com lógicas tão distintas como: lavanderia, logística de abastecimento, dispensação de medicamentos, compras, incorporação e gestão tecnológica, serviço de nutrição, e outros, deve-se buscar convergir todas essas ações para o micro-sistema clínico, ou no front onde ocorrem os problemas da efetividade clínica, da eficiência no manejo dos recursos, da segurança e da satisfação dos pacientes, especialmente, na unidade funcional básica do hospital, que é o leito.

Sabe-se que em um sistema complexo, a efetividade do todo, não pode ser melhor do que as partes que o compõe, daí a necessidade de criar equipes de alta performance, para aumentar a potencia da atuação junto ao paciente, no micro-sistema clínico, onde os problemas aparecem com toda a exuberância. Mais uma vez, percebe-se que acabou a era do médico autônomo, que heroicamente resolvia todos os problemas do paciente (Fried, 2006).

A constituição de equipes de alta performance no micro-sistema clínico hospitalar deve ser implementada a partir de alguns princípios:

(1) As equipes são multiprofissionais. Sabe-se que a maioria das organizações hospitalares, ainda, funciona com as corporações profissionais atuando isoladamente, muitas vezes em antagonismo. Portanto, a formação de equipes não ocorrerá espontaneamente e, demandará persistência por parte da direção do hospital, em especial, organizando-as por unidades de produção assistencial.

(2) Objetivos claros. Em cada unidade de produção hospitalar encontram-se problemas específicos, com nuances pouco perceptíveis ao nível central da organização hospitalar e, que devem gerar soluções adequadas. Ou seja, as equipes devem atuar com metas, indicadores e objetivos bem definidos. Utilizando o Projeto Terapêutico Singular, nos casos mais graves. Evitando-se perda de energia, diante dos inúmeros problemas do dia-a-dia.

(3) Autoridade. A direção do hospital deve delegar autoridade para as equipes resolverem os problemas da sua esfera de atuação. Ou seja, as equipes definem novas condutas, não apenas recomendações.

(4) Metodologia de trabalho. As equipes devem ser capacitadas para utilizarem ferramentas de gestão do trabalho adequadas para manterem-se motivadas, com espaço para resolverem suas

contradições internas, fortalecendo a capacidade da liderança da equipe, na moderação dos conflitos e no estímulo a participação de todos seus membros.

(5) Tomada de decisões. Planejar, agir, avaliar e qualificar (PAAQ). A ferramenta de trabalho básica é a que permitirá a atuação das equipes baseada em evidências, com crescente apropriação da realidade, melhorando continuamente as soluções, e, aumentando, permanentemente, a capacidade de aprendizado da equipe.

(6) Premiação. A organização deve introduzir a remuneração flexível pela produção dos serviços de saúde (quantitativa e qualitativa), além do salário. Ademais, premiando a atuação coletiva das equipes, não só do indivíduo.

Em síntese, as novas tendências da gestão hospitalar seguem uma direção clara: são direcionadas para as necessidades dos pacientes graves ou que necessitem de intervenções em ambiente hospitalar, tem como foco a garantia da qualidade, da efetividade clínica, assim como da eficiência, e levar-se-á em consideração que se agrega valor a longo prazo. Por exemplo: o uso da angioplastia coronariana como tratamento de escolha para o infarto do miocárdio pode ser mais caro para o hospital, mas o custo para o sistema será menor. Isso significa que o regime de pagamento, incentivos e financiamento devem refletir a qualidade e as melhores práticas clínicas, ou seja, o núcleo técnico do desempenho hospitalar. Por outro lado, a redução de atividades deve acontecer naquelas que não agregam valor ao sistema. Frequentemente, planeja-se investimentos em saúde levando-se em conta o custo-eficiência e a performance no gerenciamento de gastos, ou seja, as características **não** clínicas da performance. O foco deve ser, fortemente, nos ganhos da saúde da população, nas necessidades e prioridades sociais, produzindo não só benefícios de curto, mas também benefícios de longo prazo. Esses são os investimentos mais eficientes e sustentáveis. (Rechel, 2009; Porter, 2006).

Em seguida, analisaremos três novas possibilidades de mudarmos a cultura organizacional das unidades de saúde, advinda do incentivo a mudança da forma de financiamento por procedimentos para financiamento por desempenho, representado pela contratualização dos serviços de saúde.

A contratualização externa

O contrato de gestão entre entes públicos é outra grande tendência na gestão hospitalar, e encontra-se bem amparada no parágrafo oitavo do Artigo 37 da Constituição Federal - CF (atualização de 2007), permitindo estabelecer o contrato de gestão entre o gestor federal, estadual e municipal com o hospital:

A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre:

I - o prazo de duração do contrato;

II - os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes;

III - a remuneração do pessoal.

A maior experiência no Brasil na contratualização externa é a do Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral da Atenção Hospitalar / DAE / SAS. São 631 hospitais filantrópicos contratados com custo anual de R\$ 173,9 milhões e 119 hospitais de ensino com custo anual de R\$ 345,1 milhões (Costa, 2009).

Para haver a contratualização, no caso dos hospitais de ensino, exige-se a certificação. Para tal, estabeleceu-se parceria entre o Ministério da Saúde com o Ministério da Educação, buscando identificar hospitais que realmente se caracterizassem como instituições de ensino, definem critérios de certificação, conforme definido nas Portarias Interministeriais MEC/MS Nº 1000, de 15 de abril, e nº 1005, ambas de 2004. Assume - se neste processo, o conceito de hospital inserido no SUS e a indissociabilidade entre as dimensões de ensino, pesquisa e assistência a saúde, com gestão competente. A não aplicação desses conceitos estruturantes pode responder pela situação de crise, ainda, vivida pela maioria dos hospitais universitários brasileiros (Cardoso, 2009).

Vecina Neto & Malik (2007) avaliam que outra possibilidade de induzir a melhoria da gestão hospitalar com foco no desempenho seria a avaliação externa - acreditação – é, todavia, considerada, ainda, mais uma “jogada” de marketing do que efetiva na melhoria da qualidade, pois até o momento não existe na literatura evidências de melhora nos resultados assistenciais, possivelmente, apenas aprimoramento nos processos e na formalização do trabalho. Não chega a 1% do total de hospitais brasileiros, aqueles acreditados por organizações com esses fins, tanto que utilizam modelos nacionais, quanto internacionais.

Quadro 6: Comparação entre instituições acreditadoras ou certificadoras

Atualização maio de 2009	Ministério da Saúde	ONA	CBA/JCI	CQH hospitais selados
Hospitais Certificados ou Acreditados	750	115	21	18

A contratualização interna

Segundo Campos e Amaral (2007):

“É possível trabalhar-se com duas formas de contrato de gestão: uma entre o hospital e o gestor do SUS e outra interna entre as unidades de produção e a direção do hospital. Nos dois casos a abrangência da contratação deve se dar sobre o objeto e sua tradução em objetivos e metas, a eficácia e a eficiência clínica. Identificando-se mecanismos de aferição e avaliação de resultados.”

Ainda segundo Campos e Amaral:

“No entanto, a contratação interna ao hospital, no microcosmo das unidades de produção, é essencial. As diretrizes para a prática de uma clínica compartilhada implicam, do mesmo modo, que se pratique a co-gestão entre profissionais e dirigentes. O trabalho em equipe interdisciplinar não se dá sem a presença de arranjos organizacionais que o sustentem e é necessário buscar novas formas de inserir os profissionais no trabalho de produzir saúde. Os principais arranjos organizacionais acima apresentados – a gestão compartilhada em colegiados, a constituição das unidades de produção e apoio matricial – ganham dinamismo quando se utiliza a metodologia dos contratos de gestão para operacionalizar esse paradoxo entre a autonomia relativa e a necessidade de integração e coordenação de cada parte com o todo”.

Portanto, estamos diante de dois momentos distintos, a contratualização externa e a contratualização interna. Possivelmente, o esforço em introduzir figura jurídica e gerencial do contrato de gestão tenha como fator de sucesso, a relação indissociável entre a contratualização externa e interna. Ou seja, para que os contratos sejam de fato monitorados e o cumprimento de suas metas validadas, deve haver a indissociabilidade gerencial entre o gestor do sistema, gestor hospitalar e as unidades de produção e com os profissionais, sabendo que estes é que de fato irão executar o contrato de gestão. Trata-se, portanto, de uma contratualização em três níveis.

O cenário descrito revela que estamos diante de uma transição do modelo de financiamento dos hospitais: do “fee – for – service” para o “pay – for – performance”. Por conseguinte, estamos diante de uma excelente oportunidade para virar, definitivamente, a página do pagamento pela tabela de procedimentos do SUS e entrar na fase do financiamento combinado: por orçamentação e por desempenho.

A instituição de contratos internos como metodologia de gestão hospitalar, apesar de ser uma tendência, é um desafio, ainda distante de ser alcançado, plenamente, e sua adoção é instável, e pontual. A experiência francesa, bastante citada, gerou autonomia dos hospitais, responsabilização dos quadros dirigentes, e proporcionou avanços em três dimensões: nos objetivos definidos; na forma de organização; e na cultura existente (Hortale; 1999).

No Brasil, experiência em Volta Redonda / Rio de Janeiro, desenvolvida durante seis anos, tornou-se política de avaliação institucional, com uso de incentivo financeiro, em hospital público, tendo como base planilha de desempenho hospitalar, com 13 indicadores assistenciais, de logística, de tempo resposta no apoio diagnóstico e satisfação do usuário. As conclusões da sua implantação foram às seguintes:

- (1) Aumentou a capacidade de governança da direção do hospital
- (2) A planilha de desempenho construída foi sensível, com informações de boa qualidade e ganhou credibilidade na sua aplicação
- (3) O incentivo de desempenho representou ganho real para os trabalhadores
- (4) Ao longo do tempo, a planilha tendeu a se burocratizar e a fazer parte da “paisagem” gerencial.

A avaliação trimestral e automática tornou o incentivo, um complemento salarial incorporado. Sendo necessário reavivar a planilha com movimento de reavaliação ascendente em espiral, verificando os velhos problemas com novas perspectivas. (Cecílio, 2002a; Cecílio 2002b). Ademais, e, tremendamente, importante: a contratualização interna pressupõe mecanismos gerenciais internos que estimulem a co-gestão das unidades de produção, mas que, todavia, enfrentam dificuldade na sua instalação, dada a referencia inercial forte entre os profissionais, das corporações médicas e de enfermagem (Bernardes, 2007).

1.3 Hipótese da pesquisa

A superlotação dos serviços de emergência hospitalar é evidencia do baixo desempenho organizacional.

Considerando a hipótese acima, o estudo teve como objetivo geral o de estudar a superlotação dos Serviços de Emergência Hospitalar. Seus objetivos específicos foram: (1) apresentar o contexto de implantação e as bases conceituais de um programa de qualidade nos SEH, denominado QUALISUS, do Ministério da Saúde do Brasil; (2) analisar a superlotação dos serviços de emergência hospitalar; (3) identificar intervenções que solucionem a superlotação nos SEH e estabelecer relações conceituais explicativas sobre a superlotação nos SEH.

Estratégia da pesquisa

A estratégia inicial da pesquisa era avaliar a implantação do programa QUALISUS nos cinco hospitais do município do Rio de Janeiro selecionados previamente pelo Ministério da Saúde (Hospital Souza Aguiar, Hospital Miguel Couto, Hospital Rocha Faria, Hospital do Andaraí, Hospital de Bonsucesso), sob gerencia das três esferas de governo, onde o programa estava sendo parcialmente implantado desde junho de 2004. Todavia em função da conjuntura instituída pela intervenção do Ministério da Saúde, em março de 2005, onde as relações

prévias intergestoras foram interrompidas, ou modificadas substancialmente, passamos a adotar a estratégia de analisar o contexto e descrever as premissas conceituais do programa.

A mudança de estratégia foi imperativa, pois o contexto da implantação do programa QUALISUS tinha se modificado durante o ano de 2005, e os serviços de saúde do município do Rio de Janeiro, em especial, o lócus definido como estratégico para a pesquisa, os serviços de emergência hospitalar, sofriam as instabilidades gerenciais e políticas geradas pela “intervenção” e pelo “pós – intervenção”, e a implantação do programa QUALISUS, apesar do início promissor, foi interrompido.

Não obstante o cenário adverso para os objetivos iniciais da pesquisa, optamos em consolidar a experiência vivida nesse período em forma de artigo, e para tal realizamos uma discussão da conjuntura, já que os conflitos e tensões internas e externas do momento poderiam ser fontes para futuras investigações.

As informações foram obtidas a partir de uma análise documental para estabelecer as bases conceituais do programa QUALISUS e as estratégias da sua implantação. Para a descrição do contexto da sua implantação recorreremos ao noticiário da imprensa, a observação dos discursos dos principais atores envolvidos e a algumas referências históricas sobre a evolução dos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro. Ademais, realizamos uma revisão da literatura sobre os serviços de emergência hospitalar e sobre as disputas no microambiente dos serviços de saúde, para situar as bases conceituais do programa QUALISUS e apontar alguma proposição que refletisse o momento.

A sistematização desse contexto suscitou a pergunta-chave para a segunda investigação. O que gera a superlotação dos serviços de emergência hospitalar? Ou seja, quais são as causas,

as conseqüências e principalmente, quais seriam as intervenções para solucionar a superlotação?

A observação dos eventos ocorridos entre 2004 e 2006 permitia considerar a possibilidade de que as propostas apresentadas pelo programa QUALISUS fossem insuficientes para enfrentar a crise estabelecida nos SEH. Especialmente, a marca do programa, o Acolhimento e a Classificação de Risco, avançava em um aspecto importante, retirava das filas desses serviços os pacientes graves e ordenava o atendimento dos pacientes não graves, todavia a grande maioria dos pacientes que habitavam as macas e os corredores dos SEH aguardava procedimentos a serem realizados no hospital. Por outro lado, as equipes horizontais instituídas nos SEH melhoravam a assistência ao paciente internado, mas não alterava, substancialmente, a presença de um grande número de pacientes, freqüentemente, acomodados em macas e nos corredores dos SEH. Algumas altas de pacientes em observação poderiam ser dadas pela equipe horizontal, mas o grande número dos pacientes precisava de fato permanecer hospitalizado.

Optamos, então, pela estratégia de investigar o fenômeno da superlotação, através de uma revisão sistemática da literatura. Adotamos como modelo a rota de investigação sugerida pelo Grupo de Revisão Sistemática da Universidade de Berkeley (Pai, 2003), onde após a definição das palavras-chave, definimos as fontes e bancos de dados relevantes.

O período da pesquisa foi de 2000 a junho de 2007, em 17 bancos de dados, onde foram encontrados 2.992 títulos, selecionados 822, em seguida foram selecionados 325 resumos, e identificados 147 artigos, 49 comunicações e um capítulo de livro, para a leitura integral. Ao final, fizeram parte da revisão 25 artigos, 13 comunicações e o capítulo de livro. Identificamos 66 citações de intervenções que foram agrupadas em 47 intervenções afins. A

revisão sistemática sobre as intervenções para solucionar a superlotação dos SEH, era inédita no Brasil.

A utilização dessa metodologia permitiu identificarmos na revisão o núcleo das intervenções que produziam efeito no principal indicador escolhido para medir a superlotação dos SEH, o Tempo de Permanência (TP) nos SEH. A discussão em torno dessa questão permitiu consolidarmos a relação entre o fenômeno da superlotação e o desempenho organizacional, conforme concluímos no segundo artigo.

CAPÍTULO II

“...O pobre, porque é pobre, pague tudo;
E o rico, porque é rico, vai pagando
Sem soldados a porta com sossego!
Não era menos torpe, e mais prudente,
Que dos devedores todos se igualassem?
Que sem haver respeito ao pobre, ou rico,
Metessem no Erário um tanto certo,
À proporção das somas, que devessem?
Indigno, Indigno Chefe! Tu não buscas
O público interesse. Tu só queres
Mostrar ao sábio Augusto um falso zelo;
Poupando ao mesmo tempo, os devedores,
Os grossos devedores que partem
Contigo os cabedais, que são do Reino...”

Inconfidência Mineira

Tomás Antônio Gonzaga

(“Cartas Chilenas”, 2ª edição,

Companhia das Letras, 1996)

ARTIGO I

Publicado na revista Ciência e Saúde Coletiva, 12(4): 929 – 934, 2007

**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 Bittencourt^{*}

Virginia Alonso Hortale^{**}

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.

^{*} Doutorando em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Rio de Janeiro, Brasil. Email: robertobitt@cardiol.br

^{**} Pesquisadora. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Rio de Janeiro, Brasil. Email: virginia@ensp.fiocruz.br

Abstract: The main focus of the QUALISUS Program by the Ministry of Health is the searching for quality in the health delivery services, in special, inside emergency services. Taking as an example the crisis in the health emergency delivery services at Rio de Janeiro City, this paper discusses some structural characteristics of that program, emphasizing growing attachment and team responsibility and building of healthcare nets. Also identifies solutions for this crisis, associated not just with healthcare funding. Suggests the search for a new identity – a systemic healthcare approach with focus in the user: redefinition and integration of care and flow reorganization; revised work process inside health services.

key words: quality, healthcare system, emergency health services

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, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, o Sindicato dos Médicos, o Conselho Estadual de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde, o Ministério Público Estadual, as Comissões de Saúde da Câmara de Vereadores e Assembléia Legislativa, o 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 através de 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 40 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 devolvidas 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) presteza 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 promovida 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" (p.37).

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” (p.268).

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 social⁶.

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” (p.219).

Ao ampliar o conceito de “cuidado médico” para “atos cuidadores”⁵, 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 impar 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 vêm-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 (n.º 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 dos profissionais e dos 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” (p.22)

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” a “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 atendidas imediatamente.

Essas transformações no perfil epidemiológico da população obrigam os serviços de emergência à 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.

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.
- Lopes A, Mendonça V, Chaves S, Amado R, Rímulo A, Bittencourt RJ. Programa de atenção ao paciente crônico e grave (PAPCG), uma estratégia para equipes de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*. Caderno de Resumos 2003; supl 1: p. 61.
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: Editora 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 A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cadernos de Saúde Pública 2004; 20 Sup 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. Ciência e Saúde Coletiva 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 (RAP)* 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.

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.

Colaboradores:

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

ARTIGO II

Publicado nos Cadernos de Saúde Pública, 25(7): 1439-1454, 2009

INTERVENÇÕES PARA SOLUCIONAR A SUPERLOTAÇÃO NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

INTERVENTIONS TO SOLVE OVERCROWDING IN HOSPITAL EMERGENCY SERVICES: A SYSTEMATIC REVIEW

Roberto José Bittencourt^{*}
Virginia Alonso Hortale^{**}

Resumo: Esta revisão discute as intervenções voltadas para solucionar o problema da superlotação dos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH), como evidência de baixa efetividade organizacional. Em bases de dados eletrônicas de livre acesso e acesso restrito, os descritores buscados foram "superlotação; emergência; medicina; pronto-socorro". O levantamento identificou 66 citações de intervenções, agrupadas em 47 intervenções afins. A maioria dos trabalhos teve como desenho os estudos observacionais que avaliaram os resultados das intervenções antes e depois. Das 47 intervenções afins, 34 apresentaram resultados no desempenho organizacional. Quatro foram as mais citadas: implantação da unidade de observação dos pacientes internados e aqueles aguardando diagnóstico ou estabilização clínica; implantação do serviço de enfermagem dedicado à admissão, alta e transferência do paciente ou aumento da equipe de enfermagem ou implantação do núcleo de enfermagem; instituição de protocolos com indicadores de saturação operacional e implantação da unidade de pronto-atendimento. Na análise das 21 intervenções para solucionar a superlotação nos SEH, que tiveram resultados favoráveis no evento principal -

^{*}Doutorando da Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Rio de Janeiro, Brasil. Email: robertobittencourt@ensp.fiocruz.br

^{**}Pesquisadora. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Rio de Janeiro, Brasil. Email: virginia@ensp.fiocruz.br

tempo de permanência no SEH; 15 tinham relação com a melhoria do fluxo no próprio SEH ou nos setores do hospital, interferindo ativa e positivamente no fluxo interno dos pacientes. As intervenções que aumentaram as barreiras de acesso aos SEH, ou que apenas melhoram a estrutura dos SEH não foram efetivas.

Palavras-chave: revisão sistemática; superlotação hospitalar; urgência e emergência.

Abstract: This review discusses interventions aimed at solving the problem of overcrowding in hospital emergency services (HES), as an evidence of low organizational effectiveness. In free-access and restricted-access databases, the descriptors searched were “overcrowding; emergency; medicine; first aid”. The survey identified 66 citations of interventions, grouped in 47 related interventions. The majority of the studies used observational designs that evaluated the results before and after interventions. Of the 47 related interventions, 34 had results for the organizational performance. Four were the most frequently cited: implementation of an observation unit for patients already hospitalized and awaiting diagnosis or clinical stabilization; designation of a dedicated nurse for the patient’s admission, discharge, or transfer, or increasing the nursing staff, or implementation of an HES nursing station; establishment of protocols with indicators of operational saturation and implementation of an emergency care unit. Analyzing 21 interventions intended to solving overcrowding in HES that had positive results for length of stay, fifteen were related to patient stream improvement, interfering active and positively on patient stream. Interventions that have increased access barriers and improved HES structure were not effective.

Key words: systematic review; hospital overcrowding; urgency and emergency.

INTRODUÇÃO

A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é um fenômeno mundial, caracteriza-se por: todos os leitos do SEH ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. Indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo, do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistencial¹.

Revisão da literatura sobre os fatores que contribuíam para a superlotação², concluiu que o aumento do tempo de permanência no SEH é o principal marcador da superlotação; a falta de leitos para internação a principal causa; e o atraso no diagnóstico e tratamento, a principal consequência, levando ao aumento da mortalidade. Outros estudos^{3,4,5} realizados em SEH mostraram resultados desfavoráveis no tratamento da pneumonia, sepsis, infarto agudo do miocárdio e apendicite relacionados com o atraso no atendimento médico. Estudos sobre a superlotação no SEH em hospitais de nível terciário, apontaram resultados semelhantes. Um deles⁶, desenvolvido em um hospital, encontrou aumento da mortalidade hospitalar nos dez dias iniciais a partir da internação. O outro, desenvolvido em três hospitais⁷, encontrou relação linear entre a superlotação no SEH e o aumento da mortalidade nos segundo, sétimo e trigésimo dia de internação.

No Brasil, entre 2002 e 2003, o Ministério da Saúde, regulamentou esse tipo de atendimento com prioridade na implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU). No entanto, ainda existem poucos estudos sobre o desempenho do subsistema de urgência e emergência, em especial, com foco na superlotação dos SEH, suas causas e as intervenções para superação deste grave problema de saúde pública.

Dos poucos estudos realizados, um deles⁸ discute o processo de trabalho nos SEH. Outro⁹, aprofunda a caracterização do que é urgência a partir da opinião dos trabalhadores e usuários dos SEH.

Levantamento recente¹⁰ identificou no Sistema Único de Saúde (SUS) a existência de 185 hospitais com perfil de urgência e emergência. Uma parte desses hospitais participou do processo de qualificação do atendimento às urgências e emergências hospitalares, implementado pelo Ministério da Saúde, denominado “Qualisus”. Artigo apresentando essa proposta¹¹ revelou que o padrão do atendimento é a superlotação, em especial, nos grandes centros urbanos, em alguns, com demanda de mais de 1000 pacientes por dia.

No presente estudo, a superlotação nos SEH será considerada como expressão de um fenômeno relacionado ao desempenho das organizações hospitalares. Como modelo conceitual será adotado o de Sicotte et al¹², com ênfase na dimensão “efetividade organizacional”, entendida como um dos elementos do desempenho organizacional e definida como: *“a relação entre o serviço ofertado pela organização de saúde e os resultados obtidos”* (pg. 26).

Assim, esta revisão tem como objetivo apresentar e discutir as intervenções voltadas para solucionar o problema da superlotação dos SEH, percebendo esse fenômeno como evidência, dentre outras, de baixa efetividade organizacional.

METODOLOGIA

Utilizou-se como base metodológica da revisão o fluxograma proposto por Pai et al.¹³. As palavras-chave foram definidas em quatro idiomas: inglês (*overcrowding; crowding; emergency; medicine; room; department*), português (superlotação; emergência; medicina; pronto-socorro), francês (*surchargement; surchargés; médecine; urgence*) e espanhol (*congestion; servicios; urgencias*). Em seguida, foram pesquisadas as bases de dados eletrônicas de livre acesso e de acesso restrito e os títulos de estudos que contivessem as palavras-chave. O critério de inclusão dos títulos foi a existência do termo "superlotação". Foram encontrados 2992 títulos e selecionados 822, não repetidos e com referência a qualquer citação sobre superlotação em serviços de saúde para o período 2000-2007 (mês de junho). O resultado é apresentado na Tabela I. Na seleção dos resumos, o critério de inclusão foi a existência de qualquer referência a discussões, ferramentas de gestão ou intervenções relacionadas à superlotação nos SEH. Dos 822 títulos, foram selecionados 325 resumos. O critério adotado na seleção dos textos integrais foi o de realizarem estudos empíricos sobre intervenções para solucionar a superlotação nos SEH e que apresentaram metodologia, resultado e local de realização do estudo ou descrição de modelo com foco nesse objetivo. Foram selecionados 147 artigos e 49 comunicações em congressos ou seções científicas. Durante o levantamento, foi encontrado um capítulo de livro com 28 citações não repetidas nos estudos primários, optando-se por incluí-lo na revisão.

Ao final foram selecionados o capítulo do livro, 25 artigos e 13 comunicações. O levantamento foi concluído com 66 citações de intervenções, agrupadas em 47 intervenções afins.

A decisão sobre a seleção dos títulos, resumos e artigos foi feita por dois pesquisadores de forma consensual, portanto, a referência não consensual foi excluída do estudo.

A seguir, são apresentadas as definições adotadas na sistematização dos estudos:

Intervenção - ação nos SEH com foco em solucionar a superlotação.

Superlotação - situação que revela a saturação do limite operacional do SEH. De acordo com Weiss¹⁴, são os seguintes indicadores de superlotação nos SEH: (a) 100% de ocupação dos leitos; (b) pacientes nos corredores devido à falta de leitos disponíveis; (c) não recebimento de ambulâncias devido à saturação operacional; (d) sala de espera para consulta médica lotada; (e) equipe do SEH encontra-se subjetivamente no limite da exaustão; (6) mais de uma hora de espera para o atendimento médico.

Local da intervenção - definido a partir do modelo conceitual e operacional do SEH^{15,16,17}: *input, throughput e output*. No *Input* (pressão de entrada ao SEH), considera-se os componentes que caracterizam o atendimento no SEH a partir do encaminhamento dos serviços pré-hospitalares de emergência: consultas não agendadas devido ao não acesso ao nível de atenção primária ou conveniência da pessoa, atendimento à população de risco social ou suscetível às barreiras de acesso¹⁵ e percepção, por parte do usuário, da qualidade do atendimento no SEH¹⁶. No *Throughput* (pressão intrínseca do SEH), considera-se os componentes próprios do SEH: chegada do paciente, triagem e sala de espera, diagnóstico e tratamento no SEH, paciente aguardando internação¹⁵, atendimento especializado disponível, equipe de plantão adequada, sistemas de informação disponíveis¹⁶. No *Output* (pressão de saída do SEH), considera-se os componentes que interferem na saída do paciente do SEH, como por exemplo, acesso ao nível primário de atenção, acesso a hospitais de referência ou internação domiciliar, acesso às unidades hospitalares (CTI, centro cirúrgico, leitos hospitalares)¹⁵, acesso aos serviços de saúde mental, centros de especialidades, acesso aos serviços de transporte¹⁶.

Características dos serviços – distribuídos em hospital universitário (HU), hospital urbano, hospital comunitário, rede hospitalar e rede assistencial.

Nível de atendimento ao trauma (Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões) - classificado em: *Nível 1* (referência regional; liderança em ensino, pesquisa e planejamento no atendimento ao trauma; tem disponível equipes de cirurgiões de trauma, anesthesiologistas, médicos especialistas, enfermeiras e equipamentos de ressuscitação). O desempenho mínimo requerido é de 1.200 admissões/ano, atendimento de 240 pessoas vítimas de grandes traumas/ano; atendimento de 35 pessoas com grandes traumas/cirurgião. *Nível 2* (mesmos critérios do nível 1, porém não se exige volume de atendimento mínimo e ser líder em educação e pesquisa no atendimento ao trauma). Geralmente são centros de suporte ao nível 1 em áreas com baixa densidade populacional. *Nível 3* (pronto-atendimento, avaliação, ressuscitação, cirurgia de emergência e estabilização, com transferência aos centros níveis 1 ou 2 quando necessário). Atende a populações sem acesso imediato aos níveis 1 e 2. *Nível 4* (suporte avançado de vida). O objetivo principal é ressuscitar e estabilizar o paciente e providenciar sua transferência imediata para os níveis 1 ou 2.

Características da intervenção: na estrutura, no processo e no resultado¹⁸.

As evidências para a revisão foram assim classificadas: (A) estudos randomizados; (B1) estudos observacionais antes e depois da intervenção com tratamento estatístico; (B2) estudos observacionais antes e depois da intervenção sem tratamento estatístico; (C) relato de caso; descrição de modelo; consenso de especialistas ou opinião de especialista. Cabe destacar que as intervenções do tipo C, embora não tenham resultados referidos ao desempenho organizacional, compuseram a revisão, já que auxiliaram no entendimento do modelo assistencial, a explicitar a base conceitual e teórica das intervenções nos SEH.

Tabela I – Títulos encontrados e selecionados nas bases de dados eletrônicas de livre acesso e de acesso restrito – ano 2007

	Encontrados	Selecionados
Bases de dados de livre acesso		
Lilacs	2	0
Medline	252	119
Medscape	1068	230
Google Scholar:	704	279
Banco de Teses (CAPES)	4	2
Cochrane	159	8
Scielo	103	5
sub total	2292	643
Bases de dados acesso restrito (CAPES)		
Science Direct	81	48
Thomson Gale	47	19
OVOID	107	59
Emerald	31	2
Oxford journal	274	17
Current	10	3
Proquest	30	17
Wilson web	5	1
Blackwell	115	13
subtotal	700	179
TOTAL	2992	822

RESULTADOS

Das 47 intervenções afins, 34 apresentaram resultados no desempenho organizacional. Destas, quatro tiveram maior número de citações: implantação da unidade de observação dos pacientes internados e aqueles aguardando diagnóstico ou estabilização clínica (oito citações); implantação do serviço de enfermagem dedicado à admissão, alta e transferência do paciente ou aumento da equipe de enfermagem ou implantação do núcleo de enfermagem (oito citações); instituição de protocolos com indicadores de saturação operacional do SEH (sete citações) e implantação da unidade de pronto-atendimento (cinco citações). As demais intervenções tiveram de uma a três citações. Os Quadros I, II e III sintetizam esses achados.

Em relação ao *local das intervenções*, quatro resultados estão relacionados à pressão de entrada^{16,19,20,21}; vinte e três estão relacionados às pressões intrínsecas ao SEH^{16,20,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55}; e sete relacionados às pressões de saída^{16,37,56,57,58}. As quatro intervenções mais citadas estão relacionadas às pressões intrínsecas ao SEH.

Em relação ao *desenho do estudo*, a “implantação do serviço de enfermagem dedicado à admissão, alta e transferência do paciente no SEH” foi a que apresentou três estudos do tipo B1 (dois com resultado negativo e um com resultado positivo). A intervenção “implantação da unidade de observação no SEH dos pacientes internados e pacientes aguardando diagnóstico ou estabilização clínica” apresentou 3 estudos B1 e a intervenção “instituição de protocolos com indicadores de saturação operacional do SEH” apresentou dois estudos B1, ambos com resultados positivos. A intervenção “implantação da unidade de pronto-atendimento” apresentou um estudo do tipo B1. Não foram encontrados estudos randomizados tipo A.

Quanto ao *porte do hospital ou da rede* onde foram realizados os estudos, há equilíbrio entre os hospitais estudados. Quanto à efetividade organizacional no SEH, os dois *resultados* mais

freqüentes foram o "tempo de permanência do paciente" (TP) e o "número de horas em desvio de ambulância". O primeiro resultado é mais importante para a realidade brasileira, já que o segundo não é adotado como rotina.

De todas as intervenções, 21 se referiam ao "tempo de permanência no SEH". Três delas com resultado positivo: implantação da unidade de pronto-atendimento; implantação da unidade de observação; instituição de protocolos de saturação operacional. A intervenção "expansão do número de leitos no SEH" apresentou resultado negativo, ou seja, aumentou o TP; por outro lado, as intervenções "implantação do serviço de enfermagem dedicado à admissão, alta e transferências do paciente no SEH" e "aumento dos leitos da unidade de pronto-atendimento" apresentaram estudos com resultados positivos e negativos. Seis intervenções estavam relacionadas às pressões de saída do SEH, e quinze às pressões intrínsecas do SEH.

QUADRO I - SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES E RESULTADOS SOBRE A PRESSÃO DE ENTRADA NO SEH

Intervenção	Tipo de estudo	Local da intervenção/ Característica do Serviço	Características da intervenção	Resultado
Estabelecimento de rede de cooperação entre hospitais em situação de desvio de ambulância ¹⁶	B2	<i>Input</i> Rede hospitalar	Processo	Diminuição do tempo de desvio de ambulância
Implantação da regulação médica no atendimento pré-hospitalar ¹⁹	B2 ¹⁹	<i>Input</i> HU ¹⁹	Estrutura	Diminuição de horas de desvio de ambulância
Implantação de central de liberação com monitoração do status operacional dos SEH em tempo real ²⁰	B1 ²⁰	Rede hospitalar ²⁰		
Monitoração em tempo real via internet do status da capacidade operacional dos SEH ²⁰	B1	<i>Input</i> Rede hospitalar	Processo	Diminuição do tempo de desvio de ambulância
Reestruturação da rede de atenção: diminuição de hospitais e aumento da rede ambulatorial ²¹	B2	<i>Input</i> Rede Assistencial	Estrutura	Aumento moderado a severo da superlotação dos SEH (negativo)
Monitoração em tempo real via internet do status da capacidade operacional dos SEH ²⁰	B1	<i>Input</i> Rede hospitalar	Processo	Diminuição do tempo de desvio de ambulância
Identificação dos pacientes que procuram o SEH com mais frequência e encaminhá-los para rede básica ^{69,70}	C	<i>Input</i> Rede Hospitalar ⁶⁹ HU ⁷⁰	Processo	*

*Embora os estudos de tipo C não tenham apresentado resultados, foram incluídos no quadro, pois auxiliaram no entendimento do modelo assistencial e a explicitar a base conceitual e teórica da superlotação nos SEH, enquanto subsistema do sistema de saúde.

QUADRO II – SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES E RESULTADOS SOBRE AS PRESSÕES INTRÍNSECAS AO SEH

Intervenção	Tipo de estudo	Local (dentro do SEH)/ Características do Serviço	Características da intervenção	Resultado
Expansão do número de leitos no SEH ²²	B2	<i>Throughput</i> HU com nível 1 de assistência ao trauma	Estrutura	Sem alteração das horas de desvio de ambulância; aumento do tempo de permanência no SEH; aumento do tempo de espera para internação; sem alteração no número de pessoas que deixaram o SEH sem serem atendidos
Implantação da unidade de pronto-atendimento ^{16,23,24,25,26,69,71,72}	B2 ^{16,23,24,25}	<i>Throughput</i> Rede hospitalar ^{16,24}	Estrutura	Redução do tempo de permanência no SEH ^{16,23,24,25} Satisfação das pessoas foi maior ²⁵ Retorno ao SEH em 72 horas foi menor ²⁵ Diminuição do número de pessoas que deixaram o SEH sem serem atendidos ^{25,26}
	B1 ²⁶	HU nível 2 de assistência ao trauma ²³		
	C ^{69,71,72}	HU nível 1 de assistência ao trauma ²⁵ HU ²⁶ Rede Hospitalar ⁶⁹ Hospital Comunitário ^{71,72}		
Instituição da corrida de leitos no SEH e requisição de leitos hospitalares pelo SEH ^{16,24,71}	B2 ^{16,24}	<i>Throughput</i> Rede hospitalar ^{16,24}	Processo	Diminuição da instituição do Código Vermelho para superlotação; Diminuição do tempo de internação do paciente ^{16,24}
	C ⁷¹	Hospital Comunitário ⁷¹		
Implantação da unidade de atendimento a pacientes em situação crítica ^{24,27,69}	B2 ²⁴	<i>Throughput</i> Rede hospitalar ²⁴	Estrutura	Diminuição do tempo de permanência no SEH ²⁴ Diminuição das horas de desvio de ambulância; diminuição do número de pessoas que deixaram o SEH sem serem atendidos ²⁷
	B1 ²⁷	HU ²⁷ Rede Hospitalar ⁶⁹		
	C ⁶⁹			
Implantação da unidade de observação no SEH dos pacientes internados e pacientes	B2 ^{24,28,29,30,31,33}	<i>Throughput</i> Rede hospitalar ^{24,30}	Estrutura	Diminuição do tempo de permanência do paciente no SEH ²⁴ Melhoria do desempenho clínico; diminuição da
	B1 ^{32,33,34}	Hospital Comunitário ^{28,71}		

<p>aguardando definição diagnóstica ou estabilização clínica^{24,28,29,30,31,32,33,34,71,73}</p>	<p>C^{71,73}</p>	<p>HU^{29,73} Rede hospitalar^{30,34} HU^{31,32,33}</p>		<p>carga de trabalho; redução no tempo de início de manejo do paciente²⁸ Diminuição da carga de trabalho; sem alteração na satisfação do usuário²⁹ diminuição do tempo de desvio de ambulância^{30,34} redução do número de internações³¹ sem redução do tempo de permanência hospitalar³² aumento da oferta de leitos internos³³</p>
<p>Implantação da gerência de fluxo de pacientes do SEH para os leitos de internação (<i>Bed Czar</i>)^{16,35}</p>	<p>B2</p>	<p><i>Throughput</i> Rede hospitalar¹⁶ Hospital Urbano³⁵</p>	<p>Estrutura</p>	<p>Diminuição do tempo de espera para avaliação médica do paciente internado; diminuição do tempo de permanência do paciente no SEH; diminuição do tempo para internação do paciente^{16,35}</p>
<p>Implantação do serviço de enfermagem dedicado à admissão, alta e transferências do paciente no SEH^{16,24,36}; ou aumento da equipe de enfermagem no SEH^{26,37,38,39}; ou implantação do núcleo de enfermagem do SEH⁴⁰</p>	<p>B2^{16,24,36,37,40} B1^{26,37,39}</p>	<p><i>Throughput</i> Rede hospitalar^{16,24,39} HU^{26,38} Hospital urbano^{36,40} Hospital Comunitário³⁷</p>	<p>Estrutura</p>	<p>Diminuição do tempo para internação do paciente¹⁶ Diminuição do tempo de avaliação médica do paciente internado; diminuição do tempo de permanência do paciente no SEH^{24,36,39,40} Relação negativa com os pacientes que deixaram o SEH sem serem avaliados pelo médico²⁶ Diminuição do tempo de atendimento médico^{26,37} Aumento do tempo de permanência do paciente no SEH³⁸ Aumento do tempo para internação³⁸ Diminuição do tempo de espera no SEH³⁹</p>
<p>Melhoria da rotatividade do atendimento nos serviços laboratoriais e radiologia³⁷</p>	<p>B2</p>	<p>Throughput Hospital Comunitário</p>	<p>Processo</p>	<p>Diminuição do tempo para o atendimento médico</p>

Implantação da coordenação das altas no SEH ^{16,41,42}	B2	<i>Throughput</i> Rede hospitalar ¹⁶ Hospital comunitário nível 2 de atenção ao trauma ⁴¹ Rede assistencial ⁴²	Estrutura	Diminuição do número de horas em desvio de ambulância ¹⁶ Diminuição do tempo de permanência no SEH ^{41,42}
Criação de incentivos financeiros para médicos e enfermeiros promoverem a alta hospitalar ou diminuam a superlotação ^{16,74}	B2 ¹⁶ C ⁷⁴	<i>Throughput</i> Rede hospitalar ¹⁶ Hospital urbano ⁷⁴	Estrutura	Diminuição do tempo de internação ¹⁶
Utilização de prontuário eletrônico; encaminhamentos intra-hospitalares; disponibilização de resultados de exame; ou melhoria no sistema de comunicação intra-hospitalar ⁴³	B2	<i>Throughput</i> Hospital comunitário	Estrutura	Diminuição do tempo de permanência no SEH
Implantação de Equipe de Alto Desempenho Clínico no SEH ^{24,29,75}	B2 ^{24,29} C ⁷⁵	<i>Throughput</i> Rede hospitalar ²⁴ HU ²⁹ Hospital Comunitário ⁷⁵	Estrutura	Diminuição do tempo para realizar a internação ²⁴ ; diminuição da carga de trabalho médico sem aumento da satisfação do usuário ²⁹
Aumento do número de leitos da unidade de pronto-atendimento ⁴⁴	B2	<i>Throughput</i> Hospital Comunitário	Estrutura	O tempo de permanência no SEH ficou inalterado, apesar do aumento do número de atendimentos; a satisfação do paciente aumentou
Implantação de setor dedicado à requisição de exames no SEH ⁴⁵ ou implantação de laboratório-satélite no SEH ⁴⁶	B2 ^{45,46}	<i>Throughput</i> Rede hospitalar ⁴⁵ HU ⁴⁶	Estrutura	Diminuição do tempo de espera para receber resultado dos exames ⁴⁵ diminuição do tempo de permanência no SEH; sem efeito nas pessoas não internadas no SEH ⁴⁶
Implantação de setor para	B2	<i>Throughput</i>	Estrutura	Aumento dos procedimentos cirúrgicos;

procedimentos cirúrgicos simples no SEH ⁴⁷		Hospital urbano		diminuição do tempo de espera para as cirurgias de emergência e aumento da oferta de leitos
Capacitação das equipes da unidade de pronto-atendimento do SEH ⁴⁸	B2	<i>Throughput</i> Rede hospitalar	Estrutura	Diminuição do tempo de permanência do paciente no SEH e diminuição do tempo entre a chegada do paciente no SEH e sua internação
Utilização da Teoria das Filas ^{37,49,76}	B2 ^{37,49} C ⁷⁶	<i>Throughput</i> Hospital Comunitário ³⁷ Hospital Urbano ^{49,76}	Processo	Diminuição do tempo de atendimento médico ³⁷ Diminuição do número de pessoas que deixaram o SEH sem serem atendidas ⁴⁹
Instituição de protocolos com indicadores de saturação operacional do SEH ^{16,20,24,42,50,51,52,77}	B2 ^{16,24,42,50,52} B1 ^{20,51} C ⁷⁷	<i>Throughput</i> Rede hospitalar ^{16,20,24} Rede assistencial ^{42,50} Hospital urbano ^{51,77} Hospital urbano nível 2 de atenção ao trauma ⁵²	Processo	Diminuição de horas de desvio de ambulância ^{16,20,24} diminuição do tempo para internação ^{42,50} diminuição da instalação do código vermelho ⁵¹ diminuição do tempo de permanência no SEH; diminuição do tempo de admissão ⁵²
Instituição de protocolos clínicos – operacionais no SEH ⁵³	B2	<i>Throughput</i> Rede hospitalar	Processo	Melhoria dos parâmetros clínicos; diminuição do número de atendimentos às urgências
Instituição de censo de demandas e ofertas de vagas ^{24,69}	B2 ²⁴ C ⁶⁹	<i>Throughput</i> Rede hospitalar ^{24,69}	Processo	Diminuição do tempo de permanência no SEH ²⁴
Encaminhamento do paciente diretamente à unidade de observação do SEH ^{54,78}	B2 ⁵⁴ C ⁷⁸	<i>Throughput</i> HU nível 1 de atenção ao trauma ⁵⁴	Processo	Diminuição do tempo de permanência no SEH ⁵⁴
Estabelecimento de ferramenta de gestão baseada em mudanças de ciclos rápidos ⁵⁴	B2	<i>Throughput</i> Hospital urbano	Processo	Implantação de novos processos institucionais

Estabelecimento da ferramenta seis sigma ⁵⁵	B2	<i>Throughput</i> HU	Processo	Atraso no atendimento médico e de enfermagem
Implantação do Comitê Gestor Hospitalar e dos Comitês de apoio da Emergência e das Unidades Internas ⁷⁹	C	Throughput Hospital Urbano	Estrutura	*
Utilização de software de simulação de fluxo no SEH ⁸⁰	C	<i>Throughput</i> Hospital Comunitário	Estrutura	*
Envolvimento dos gerentes hospitalares na identificação dos problemas e soluções para a superlotação no SEH ⁸¹	C	Throughput	Processo	*
Monitoramento do desempenho do SEH com indicadores clínicos e operacionais integrados aos indicadores de desempenho do hospital ^{81,82}	C	<i>Throughput</i>	Processo	*
Estabelecimento de ferramenta de gestão baseada: (a) no conflito de demandas; (b) na análise do impacto de intervenções equivocadas; (c) na análise da raiz causal de eventos sentinelas; (d) na adequação dos profissionais às funções ⁸³	C	<i>Throughput</i>	Processo	*
Estabelecimento de ferramenta de gestão baseada no gerenciamento	C	<i>Throughput</i>	Processo	*

da cadeia de suprimentos⁸⁴

Estabelecimento de ferramenta de gestão baseada no controle estatístico do processo de trabalho e identificação de “gargalos”^{63,85}

C

Throughput

Processo

*

*Embora os estudos de tipo C não tenham apresentado resultados, foram incluídos no quadro pois auxiliaram no entendimento do modelo assistencial e a explicitar a base conceitual e teórica da superlotação nos SEH, enquanto subsistema do sistema de saúde.

QUADRO III – SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES E RESULTADOS SOBRE AS PRESSÕES DE SAÍDA NO SEH

Intervenção	Evidência Metodologia	Local (saída) / Porte do Serviço	Características da intervenção	Resultado
Instituição da busca ativa do paciente do SEH pelas unidades de internação ¹⁶	B2	<i>Output</i> Rede hospitalar	Processo	Diminuição do Tempo de Permanência no SEH
Criação do coordenador da alta hospitalar ¹⁶	B2	<i>Output</i> Rede hospitalar	Estrutura	Diminuição do Tempo de Permanência no SEH
Instituição da pré – alta ¹⁶	B2	<i>Output</i> Rede hospitalar	Processo	Diminuição do Tempo de Permanência no SEH
Criação da sala de alta ¹⁶	B2	<i>Output</i> Rede hospitalar	Estrutura	Diminuição do Tempo de Permanência no SEH
Ampliação da ofertas de leitos hospitalares sem especificação ³⁷ ou através do cancelamento das internações eletivas ⁵⁶	B2 ³⁷ B1 ⁵⁶	<i>Output</i> Hospital comunitário ³⁷ HU ⁵⁶	Processo	Diminuição do tempo de atendimento para o médico ³⁷ Diminuição da média de ocupação hospitalar; diminuição da ocupação no SEH; diminuição do tempo de espera no SEH ⁵⁶
Redistribuição das cirurgias eletivas no Centro Cirúrgico para evitar conflito com as demandas do SEH ⁵⁷	B2	<i>Output</i> Hospital urbano	Processo	Diminuição do tempo em desvio de ambulância e diminuição do tempo do paciente no SEH
Redesenho do fluxo do paciente no SEH ⁵⁸	B1	<i>Output</i> Hospital Urbano	Processo	Diminuição no Tempo de Permanência no SEH
Instituição de equipe de internistas para acelerar a disponibilidade de leitos hospitalares ⁷¹	C	Output Hospital Comunitário	Estrutura	*
Transferência aos serviços de saúde pós – alta para agilizar a alta hospitalar ⁷⁷	C	Output	Processo	*

*Embora os estudos de tipo C não tenham apresentado resultados, foram incluídos no quadro pois auxiliaram no entendimento do modelo assistencial e a explicitar a base conceitual e teórica da superlotação nos SEH, enquanto subsistema do sistema de saúde.

DISCUSSÃO

O desempenho dos serviços de saúde está sob permanente crítica e questionamento; em especial, os serviços de urgência e emergência. Não é comum entre gestores da área da saúde a utilização de revisões sistemáticas para a tomada de decisões baseada em evidências (TDBE) visando aperfeiçoar as intervenções, porém vem crescendo em alguns países. Em estudo realizado em Ontário, Canadá⁵⁹, a taxa de aproveitamento dos resultados de revisões sistemáticas entre gestores é de 63,1%, após três meses da sua disseminação.

Qual seria o melhor desenho para estudos primários em intervenções em saúde? Há autores⁶⁰ que defendem a necessidade das evidências irem além dos ensaios clínicos randomizados, freqüentemente, pouco práticos. Propõem desenhos de estudos não-randomizados baseados na plausibilidade e adequação.

Nesse sentido, já existem trabalhos que qualificam os estudos não-randomizados de intervenções em saúde através da proposta denominada TREND (*Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs*)⁶¹. Neles é proposto avaliar a intervenção a partir de três dimensões principais: o marco teórico; a descrição das condições e o local onde ela ocorreu de forma compartiva; e o desenho da pesquisa. Por ser mais potente, o estudo baseado em *cluster randomised trial*⁶² é sugerido para avaliar estratégias visando melhorar a qualidade das intervenções.

Quando a randomização não for possível, são propostos estudos quase-experimentais, estudos controlados antes e depois da intervenção e estudos seriados no tempo. A síntese qualitativa é indicada quando a meta-análise não for adequada para sistematizar a análise dos dados. Neste caso, deve-se evitar dois tipos de erro: (a) analisar múltiplos resultados. São os revisores que definem o resultado mais importante; (b) confundir os dados gerados pelas unidades estudadas com os dados obtidos pelas pessoas atendidas

nessas unidades. Deve-se considerar o efeito relatado ao invés da significância estatística (valor de p).

Foster⁶³ considera que os poucos estudos sobre intervenções visando reduzir a superlotação são inconsistentes, pois são observacionais, não experimentais e utilizam desenhos de análise simples como antes e depois da intervenção, passíveis de vieses tipo "tendência secular". E são assim categorizados: a) aumentar recursos (aumentar o número de médicos no plantão ou o número de leitos no SE); b) atender fora dos SEH pessoas com agravos de baixo risco (implantar unidade de pronto-atendimento, anexo ao SEH ou serviço de avaliação no dia seguinte ao atendimento no SEH); c) introduzir novas tecnologias (novos pontos de coleta de exames de sangue no SEH). O autor sugere que os estudos adotem as análises temporais em séries maiores ou estudos randomizados e que avaliem os resultados clínicos ao invés do tempo médio de permanência.

A análise realizada por esse mesmo autor é compatível com o obtido na presente revisão. A maioria dos trabalhos foram de estudos observacionais que avaliam os resultados das intervenções antes e depois. Para estudos de intervenção em organizações de saúde, esse dado, por si só, já mostra que o padrão-ouro pode não ser o mesmo adotado em ensaios clínicos.

A opção desta revisão foi valorizar os dados encontrados, sistematizando as intervenções mais consistentes e realizar uma síntese qualitativa, pois, como afirmou Bastos⁶⁴: *“Enfim, há lugar ao sol para as diferentes vertentes de revisão de achados e conceitos. Que venham novas revisões, revisões sistemáticas e ensaios, desde que pautados na qualidade e legibilidade. Serão, os três, muito bem vindos!”*

Na análise das intervenções para solucionar a superlotação nos SEH e que tiveram resultados favoráveis no evento principal - tempo de permanência no SEH (total de 21);

seis não têm relação com a melhoria do fluxo, seja no próprio SEH ou nos setores do hospital. As demais, 15 intervenções, interferem ativa e positivamente no fluxo dos pacientes. Destacam-se: unidade de pronto-atendimento; “*bed czar*” ou gerente de leitos; coordenação de altas do SEH; prontuários eletrônicos; equipes de alto desempenho clínico; laboratório-satélite; indicadores de saturação operacional; censo de vagas e demandas; encaminhamento rápido para sala de observação clínica; busca ativa dos pacientes internados no SEH; coordenação de alta hospitalar; pré-alta; sala de alta; cancelamento de internações eletivas; redistribuição de cirurgias eletivas.

Bradley² em sua revisão descreveu 68 intervenções encontradas em 102 citações (nove intervenções sobre a entrada do paciente no SEH; 28 sobre a eficiência do SEH e 31 sobre o acesso dos pacientes aos leitos hospitalares). As intervenções que interferiam na saída dos pacientes dos SEH representavam 46% das intervenções descritas. Portanto, confirmam os achados na revisão sistemática em tela. Possivelmente, as intervenções com foco na saída do paciente do SEH poderiam ser monitoradas a partir de um Núcleo Interno de Regulação (NIR), como sugerida em alguns estudos⁶⁵. Não foi observada ênfase nas intervenções que aumentam as barreiras de acesso aos SEH para diminuir a superlotação, possivelmente desmistificando como efetivas medidas dessa natureza.

A adoção do modelo de intervenção, baseado na organização dos SEH em três ambientes (entrada, dentro e saída), encontrado nas referências citadas é, todavia, distinta do modelo de atenção às emergências baseado na classificação de risco (clínico e cirúrgico)⁵. O modelo baseado na classificação de risco⁶⁵ organiza os SEH em dois fluxos: o azul e o vermelho. Os ambientes do fluxo azul tem a finalidade de atender a uma determinada seqüência: acolhimento, classificação de risco, consulta médica, sala de procedimentos de baixa complexidade e sala de observação até 12 horas. Os ambientes do fluxo vermelho atendem a outra seqüência: área de reanimação, unidade

de estabilização com cuidados intensivos e sala de observação até 24 horas. As equipes do fluxo azul têm perfil adequado ao atendimento de grande pressão de porta, organizada em plantões. No fluxo vermelho as equipes têm perfil para o atendimento intensivo e procedimentos invasivos, preferencialmente, organizada horizontalmente para aumentar o vínculo e responsabilização na conduta com os pacientes.

A distinção entre esses dois modelos permite estabelecer a complementaridade entre eles e sugerir um terceiro modelo que aumente a capacidade operacional do SEH e integre-o ao conjunto da organização hospitalar²⁰. Essa perspectiva, possivelmente, proporcionaria maior sinergia entre as intervenções e seria mais efetiva para eliminar a superlotação.

Tanto a revisão de Bradley² quanto a presente são convergentes em seus resultados, corroborando a seguinte afirmação de Asplin & Magid⁶⁶: *“hospitais que tiveram maior sucesso em diminuir a superlotação nos SEH foram aqueles que reconheceram o problema do fluxo do paciente em todo o hospital e definiram iniciativas para tirá-lo do SEH de forma mais eficiente”*. Ou seja, o grande número de atendimentos nos SEH indica baixo desempenho do sistema de saúde, e a superlotação dos SEH revela o baixo desempenho do hospital e sua rede. Trata-se, portanto, de dois fenômenos distintos, que podem ou não interagir. Pode-se ter o primeiro fenômeno sem o segundo, assim como o segundo sem o primeiro. Todavia, ainda prevalece a ocorrência simultânea dos dois fenômenos nos SEH.

Para futuros estudos seria importante avaliar o resultado assistencial das intervenções identificadas nesta revisão. Barlett et al⁵³ sugerem indicadores clínico-operacionais para avaliar esses resultados nos SEH. No Brasil, o Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde (PNASS 2007), desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com a ANVISA⁶⁷, utiliza três indicadores hospitalares: tempo médio de permanência,

taxa de ocupação e taxa de mortalidade. Com eles se poderia testar as mudanças nos processos de trabalho, nas estruturas dos SEH, e principalmente, avaliar a relação entre a diminuição da superlotação e a redução das mortes evitáveis nos SEH.

CONCLUSÃO

Com esta revisão pretendeu-se contribuir para inserir o tema da superlotação dos serviços de emergência hospitalar na agenda das pesquisas em saúde pública no Brasil. É desproporcional a dimensão do problema para o pouco que se tem estudado. Não há teses e dissertações sobre o assunto. A solução desse problema, relacionado com a efetividade organizacional, é factível. Deve-se avançar no aprofundamento de todos os aspectos e oferecer a os envolvidos na tomada de decisão, especialmente os gerentes dos hospitais de urgência e emergência, as melhores evidências para resolver a superlotação nos SEH.

Estudo de Lemieux-Charles & Champagne⁶⁸ cita três aspectos relacionados ao conhecimento e à busca de evidências, necessários para compreender esta revisão. O primeiro é a necessidade de comprometer o profissional com as mudanças organizacionais, sociais e culturais, mais do que procurar um "tiro mágico" (*magic bullet*) para as mudanças do comportamento individual. O segundo é a necessidade de desenvolver métodos que encorajem a tomada de decisão baseada em evidências (TDBE), ajustando o contexto em que o profissional atua com a inovação a ser implementada. E por último, a necessidade de ver a TDBE como um processo social para além de um objetivo técnico.

REFERÊNCIAS

1. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.18; p.130.
2. Bradley VM. Placing Emergency Department crowding on the decision agenda. *Journal of Emergency Nursing*. 2005; 31(3):247-258.
3. Graff L, Stevens C, Spaite D, Foody J. Measuring and improving quality in emergency medicine. *Academic Emergency Medicine*. 2002; 9(11):1091-1107.
4. Schull M, Vermeulen M, Slaughter G, Morrison L, Daly P. Emergency Department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. *Annals of Emergency Medicine*. 2004; 44(6):577-585.
5. Magid DJ, Asplin BR, Wears RL. The quality gap: Searching for the consequences of Emergency Department crowding. *Annals of Emergency Medicine*. 2004; 44(6): 586-588.
6. Richardson D. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Medical Journal of Australia*. 2006; 184(5): 213-216.
7. Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Medical Journal of Australia*. 2006; 184(5): 208-212.
8. Deslandes SF. *Frágeis Deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz; 2002. 196p.
9. Giglio-Jacquemot A. *Urgências e Emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 144p.

10. Sá DA. Proposta metodológica para classificação dos hospitais de urgência/emergência do SUS. Brasília: Relatório Técnico/QUALISUS/Secretaria Executiva/Ministério da Saúde; maio 2005. 33 p.
11. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):929-934.
12. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Béland F, Denis JL, Bilodeau et al. A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance. *Health Services Management Research*. 1998; 11(1): 24-48.
13. Pai M, McCulloch M, Colford J. Berkeley Systematic Reviews Group. Berkeley: University of California; 2003. Disponível em [http://www.medepi.net/meta/guidelines/Diagnostic Systematic Reviews Road Map_V3.pdf](http://www.medepi.net/meta/guidelines/Diagnostic_Systematic_Reviews_Road_Map_V3.pdf) . Acesso em 12/02/2007.
14. Weiss JS, Derlet R, Arndahl J, Ernst AA, Richards J, Fernández-Frankelton M, Schwab R, et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in Academic Medical Center: Results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Academic Emergency Medicine*. 2004; 11(1):38-50.
15. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of Emergency Department Crowding. *Annals of Emergency Medicine*. 2003; 42(2):173-180.
16. Wilson MJ, Nguyen K. Bursting at the seams: Improving patient flow to help America's emergency department. Washington DC: George Washington University Medical Center School of Public Health and Health Services, Department of Health Policy. 2004 september. Disponível em

<http://www.rwjf.org/research/researchdetail.jsp?id=1427&ia=142>. Acesso em 23/01/2007.

17. Solberg LI, Asplin BR, Weinick RM, Magid DJ. Emergency Department Crowding: Consensus development of potential measures. *Annals of Emergency Medicine*. 2003; 42(6): 824-834.
18. Donabedian A. Selecting approaches to assessing performance. In: *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press; 2003: 30-38.
19. Shah MN, Fairbanks RJ, Maddow CJ, Lerner EB, Syrett JI, Davis EA, et. al. Description and evaluation of a pilot physician direct emergency medical services diversion control program. *Academic Emergency Medicine*. 2006; 13(1):54-60.
20. Patel PB, Derlet RW, Vinson DR, Williams M, Wills J. Ambulance diversion reductions: The Sacramento solution. *American Journal of Emergency Medicine*. 2006; 24(2): 206-213.
21. Schull MJ, Szalai JP, Schwartz B, Redelmeier DA. Emergency department overcrowding following systematic hospital restructuring: Trends at twenty hospitals over ten years. *Academic Emergency Medicine*. 2001; 8(11):1037-1043.
22. Han JH, Zhou C, France DJ, Zhong S, Jones I, Storrow AB, et al. The effect of emergency department expansion on emergency department overcrowding. *Academic Emergency Medicine*. 2007; 14(5):338-343.
23. Patovi SN, Nelson BK, Bryan ED, Walsh MJ. Faculty triage shortens emergency department length of stay. *Academic Emergency Medicine*. 2001; 8(10):990-995.
24. Schneider S, Zwemer F, Doniger A, Dick R, Czapranski T, Davis E. Rochester, New York: A decade of emergency department overcrowding. *Academic Emergency Medicine*. 2001; 8(11):1044-1050.

25. Nash K, Zachariah B, Nitschmann J, Psencik B. Evaluation of Fast Track unit of university emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 2007; 33(1): 14-20.
26. Torres V, Brunett P, Fu R, Lowe R, Schmidt T, Hedges J. Leaving without being seen, boarding, bored, or both? *Academic Emergency Medicine*. 2007; 14: suppl.1; S54.
27. Kelen GD, Scheulen JJ, Hill PM. Effect of emergency department (ED) manage acute care unit on ED overcrowding and emergency medical service diversion. *Academic Emergency Medicine*. 2001; 8(11):1095-1100.
28. Gantt LT. A strategy to manage overcrowding: Development of an ED holding area. *Journal of Emergency Nursing*. 2004; 30(3):237-242.
29. Ganapathy S, Zwemer FL. Coping with a crowded ED: An expanded unique pole for midlevel providers. *American Journal of Emergency Medicine*. 2003; 21(2):125-128.
30. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.145.
31. Karriem-Norwood VA, Haley L, Click L. Care management unit impact on emergency department overcrowding. *Academic Emergency Medicine*. 2006; 13:suppl.1; S29.
32. Chen P, Sixsmith D. Early treatment unit does not improve hospital length of stay for ED boarders. *Academic Emergency Medicine*. 2007;14: suppl.1; S54.
33. Richardson T, Dick R, Schneider S. Evaluation of an Emergency Department Inpatient Observational Unit. *Academic Emergency Medicine*. 2007; 14:suppl.1; S198.

34. Mace SE, Graff L, Mikhail M, Ross M. A National Survey of Observation Units in The United States. *American Journal of Emergency Medicine*. 2003; 21(7):529-533.
35. Tahan H. Managing Emergency Department overload. *Nurse Leader*. 2005; 3(6):40-43.
36. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.;p.150.
37. Doxzon G, Howard-Ducsay J. ED overcrowding: Successful action plan of Southern California Community Hospital. *Journal of Emergency Nursing*. 2004; 30(4):325-329.
38. Killen J, Chan T, Castillo E, Jones K, Guss D. Inpatient nurse staffing to care for ED boarders does not relieve emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine*. 2007; 14:suppl.1; S82.
39. Castillo E, James K, Guss D, Jones K, Marshall J, Chan T. Impact of mandated nurse-patient ratios on emergency flow in 2 California Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*. 2007; 14:suppl.1; S83.
40. Celia CA, Vose C, Natale G, Miccuci KD. Leadership development for the front line. *Journal of Emergency Nursing*. 2006; 32(1):10.
41. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.148.
42. Presley D, Robinson G. ED overcrowding and inpatient hold: The Contingency Plan. *Journal of Emergency Nursing*. 2004; 30(3): 208.

43. St. Pierre R. Improving patient flow and patient transfers through implementation of ED nursing voicemail report system. *Journal of Emergency Nursing*. 2004; 30(3):208.
44. Weintraub B, Hashemi T, Kucewicz R. Creating an enhance triage area improves emergency department throughout. *Journal of Emergency Nursing*. 2006; 32(6):502-505.
45. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.144-145.
46. Singer A, Viccellio P, Niegelberg, Jr. Thode H, Henry M. Introduction of a stat laboratory reduces ED length of stay. *Academic Emergency Medicine*. 2007; 14:suppl.1; S79.
47. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.146-147.
48. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.151.
49. Green LV, Soares J, Giglio JF, Green R. Using Queueing theory to increase the effectiveness of emergency department provider staffing. *Academic Emergency Medicine*. 2006; 13(1):61-68.
50. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.148.

51. Innes G, Grafstein E, Stenstrom R, Harris D, Hunte G. Impact of an overcapacity care protocol on emergency department overcrowding. *Academic Emergency Medicine*. 2007; 14: suppl.1; S85.
52. Robinson G, Presley D. Admission-Discharge-Observation Unit: Surviving ED overcrowding. *Journal of Emergency Nursing*. 2004; 30(3):211.
53. Barlett J, Cameron P, Cisera M. The Victorian emergency department collaboration. *International Journal for Quality in Health Care*. 2002; 14(6):463-470.
54. Bertosy DA, Kuszajewski ML, Marsh EE. Direct-room: One department's approach to improving ED throughput. *Journal of Emergency Nursing*. 2007; 33(1):26-30.
55. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.142.
56. Maniago E, Ardolic B, Peana J. ED patient flow: Utilizing the six sigma approach to reduce Emergency Department overcrowding. *Annals of Emergency Medicine*. 2005; 46(3): S8.
57. Dunn R. Reduced access block causes shorter emergency department waiting times: An historical control observational study. *Emergency Medicine*. 2003; 15(3):232-238.
58. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.141.
59. Dobbins M, Cockerill R, Barnsley J. Factors affecting the utilization of systematic reviews. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2001; 17:203-214.

60. Victora CG, Habicht J-P, Bryce J. Evidence-based public health moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health*. 2004; 94(3):400-405.
61. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. *American Journal of Public Health*. 2004; 94(3):361-366.
62. Grimshaw J, McAuley LM, Bero LA, Grilli R, Oxman AD, Ramsay C. Systematic reviews of effectiveness of quality improvement strategies and programmers. *Quality & Safety in Health Care*. 2003; 12(4):298-303.
63. Foster AJ. An agenda for reducing emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*. 2005; 45(5):479-481.
64. Bastos FI. Revisão, revisão sistemática e ensaio em saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(1):1252-1253.
65. Bittencourt RJ. Pacto pela qualidade no SUS: Estudo de viabilidade técnica no subsistema de urgência e emergência. Brasília: Relatório Técnico / QUALISUS / Secretaria Executiva / Ministério da Saúde. Outubro 2006.
66. Asplin BR, Magid DJ. If you want to fix crowding, start by fix your hospital. *Annals of Emergency Medicine*. 2007; 49(3):273-274.
67. ANVISA. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília. ANVISA 2007: 26-66
68. Charles-Lemieux L, Champagne F. Introduction: Towards a broader understanding of the use of knowledge and evidence in health care. In: *Using knowledge and evidence in health care: Multidisciplinary perspectives*. Toronto: University of Toronto Press; 2004: 3-17.

69. Richardson SK, Ardagh M, Gee P. Emergency department overcrowding: The emergency department cardiac analogy model (EDCAM). *Accident and Emergency Nursing* 2005; 13(1):18-23.
70. Hackenschmidt A. Should access to Emergency Department be limited for “Frequent Fliers”? *Journal of Emergency Nursing* 2003; 29(5):486-488.
71. Frank IC. ED crowding and diversion: Strategies and concern from across the United States. *Journal of Emergency Nursing* 2001; 27: 559-565.
72. Institute of Medicine. Improving the efficiency of hospital-based emergency care. In: *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: Institute of Medicine 2007: 149.
73. Institute of Medicine. Improving the efficiency of hospital-based emergency care. In: *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: Institute of Medicine 2007: 145.
74. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.155.
75. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.156.
76. Haugh R. A true picture of what ails your emergency department. *Hospital & Health Netw*. 2004; june: 67-70.
77. Haugh R. Rethinking our pressure-packed emergency department. *Hospital & Health Netw* 2003; june: 67-70.

78. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System.
Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.140.
79. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System.
Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.143.
80. Barlett J, Cameron P, Cisera M. The Victorian emergency department collaboration.
International Journal for Quality in Health Care. 2002; 14(6):463-470.
81. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System.
Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.136.
82. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System.
Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.151.
83. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System.
Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.132.
84. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System.
Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point. Washington DC: National Academy of Sciences; 2007; 424 p.; p.133.
85. Sinreich D, Marmor Y. Ways to reduce patient turnaround time and improve service quality in emergency department. Journal of Health Organization and Management .2005;19(2):88-105

CAPÍTULO III

“... um reino bem regido não se forma
Somente de soldados, tem de tudo;
Tem milícia, lavoura, e tem Comércio.
Se quantos forem ricos, se adornarem
Das golas, e das bandas não teremos
Um só depositário; nem os Órfãos
Terão tutores, quando nisto
Interessa igualmente o bem do império.
Carece a Monarquia dez mil homens
De tropa auxiliar? Não haja embora
De menos um soldado: mas os outros
Vão à Pátria Servir nos mais empregos:
Pois os corpos civis são como os nossos,
Que tendo um membro forte, e os outros
débeis,
Se devem, Doroteu, julgar enfermos...”

Inconfidência Mineira
Tomás Antônio Gonzaga
("Cartas Chilenas", 2ª edição,
Companhia das Letras, 1996)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Tese teve como ponto de partida a análise do contexto interno e externo dos Serviços de Emergência Hospitalar e da tentativa de implantação do programa QUALISUS, que pretendia mudar o quadro de crise desses serviços. Pensou-se, inicialmente, avaliar sua implantação na sede onde foi lançado, o município do Rio de Janeiro. Foram três anos (2004; 2005 e 2006) de intensos debates conceituais e gerenciais, envolvendo profissionais de saúde que atuam nesses serviços, gestores nos três níveis de governo e outros segmentos sociais interessados com atuação nesses serviços. Todavia, o programa QUALISUS não foi implantado no Rio de Janeiro, conforme suas premissas originais.

Entretanto, consideramos que o programa QUALISUS, por fazer parte de uma política mais ampla, a PNAU, foi instrumento para trazer conceitos, que até então não faziam parte do universo dos atores com presença nos SEH, em especial, a discussão da regulação do subsistema de urgência, e da constituição de redes entre vários serviços de saúde, como forma de garantir a integralidade da atenção à saúde.

Possivelmente, essa característica se constituía como o ponto forte do programa, a ponto das suas principais “bandeiras”, o Acolhimento e Classificação de Risco, e a formação de Equipes Horizontais, apesar de responderem basicamente para a resolução dos problemas encontrados nas “portas” e nas salas de observação dos SEH, estejam razoavelmente difundidas.

As limitações dessas abordagens ficaram evidentes, na medida em que observamos a incapacidade delas em resolver a superlotação dos SEH. Mesmo nos serviços onde a

implantação do programa conseguiu atingir um nível mínimo o fenômeno da superlotação alterava-se pouco.

A Classificação de Risco e o Acolhimento, como descrevemos no primeiro artigo, alteravam uma situação crítica, a permanência de pacientes graves nas longas filas dos pronto-socorros, e identificavam, corretamente, a necessidade de atendimento imediato, ação essa que era impossível de ser realizada com os “agentes de segurança”, fazendo a triagem dos pacientes.

A constituição das Equipes Horizontais, por sua vez, alterava outra situação descrita no primeiro artigo, ou seja, a falta de responsabilização e vínculo das equipes verticais de plantão nos SEH, e que poderiam melhorar a condução clínicas dos pacientes.

Por sua vez, ambas as intervenções não alteravam o emblema dos SEH - a superlotação - já que, possivelmente, sua causa estivesse na disputa entre os “vários hospitais” dentro do hospital. Disputam o leito hospitalar, além dos pacientes dos SEH, os pacientes oriundos dos ambulatorios, do centro cirúrgico, das unidades de terapia intensiva, e muitas vezes, ainda se encontram barreiras de acesso dos pacientes aos leitos hospitalares, pelos interesses “outros” dos serviços médicos. Essas observações sobre a prática nos SEH, apesar de corresponderem a um recorte da realidade, não se constituíam em mérito acadêmico, e, portanto, necessitavam de estudo de outra natureza para sua comprovação.

O segundo artigo buscou avançar nessa direção, utilizando-se da estratégia da Revisão Sistemática. Ele analisou a característica mais simbólica dos Serviços de Emergência Hospitalar que é a superlotação, a partir da ótica gerencial, apresentando 21 intervenções consideradas mais efetivas, por alterar positivamente o tempo de

permanência nesses serviços. Dessas, foram identificadas 15 intervenções que induziam a melhoria do fluxo de saída dos SEH, e havia uma convergência para as soluções que buscavam otimizar a alta dos pacientes internados através da gestão clínica de leitos e vagas.

Quando afirmamos no segundo artigo, que as intervenções efetivas para resolver a superlotação foram àquelas que melhoram o fluxo de saída dos SEH, e, portanto, desmistificando como efetivas as intervenções pré SEH, tem como base duas evidências:

A primeira de ordem quantitativa. No nosso estudo, o número de intervenções adotadas pré SEH foram sete, o número de intervenções intra e pós SEH foram 40. Em outra revisão, realizada por Bradley (citação 2 na nossa revisão), foram nove no pré SEH e 59 intervenções no intra e pós SEH. Ou seja, é expressiva a busca de soluções para resolver a superlotação na própria organização hospitalar. Essa tendência desmistifica o senso comum que busca soluções na rede, em especial, no aumento da “resolutividade da atenção básica”.

A segunda de ordem qualitativa. O estudo mais emblemático das intervenções pré SEH foi o realizado por Schull *et cols* (citação 21 na nossa revisão), em Toronto, Canadá, onde foi pesquisado a superlotação em 20 hospitais, antes e após a ampliação da atenção básica (ambulatórios comunitários e serviços de atenção domiciliar) e diminuição de leitos nos SEH, denominada reestruturação do sistema de serviços de saúde, durante 120 meses. É considerado o maior estudo longitudinal sobre superlotação dos SEH. Após a reestruturação houve aumento de moderado a severo na superlotação dos SEH, com significância estatística comprovada, através de modelos de auto regressão e análise espectral.

O estudo em tela, também, caracterizou como fenômenos distintos a pressão de porta exercida pelo número grande de atendimentos e a presença excessiva de pacientes nos ambientes internos dos SEH aguardando internação ou definição clínica do seu caso. O primeiro fenômeno estaria relacionado com a baixa resolubilidade do sistema e o segundo, definido como superlotação, relacionar-se-ia com o desempenho do hospital.

As soluções apontadas induzem, prioritariamente, à melhoria da coordenação na produção dos vários setores da organização hospitalar, para que assistência nos SEH gere resultados compatíveis com o grau de exigência desse tipo peculiar de serviço, com grande volume de atendimentos, necessidade de apurada expertise, e sábia utilização dos poucos recursos disponíveis.

Ou seja, o estudo da superlotação ampliou o foco da análise para o conjunto da organização hospitalar, que é um campo de estudo eclético, com inúmeras abordagens possíveis. No nosso caso, o segundo artigo procurou contribuir no sentido de relacionar o fenômeno da superlotação com a avaliação do baixo desempenho das OCS (GRIS, 2005).

Nesse sentido, para fins das nossas considerações finais, avaliaremos o desempenho dos SEH, a partir da matriz de desempenho denominada EGIPSS, por considerá-la mais flexível e ampla, portanto, em melhores condições para capturar as dimensões de desempenho hospitalar.

A partir da definição da efetividade organizacional, como a relação entre os serviços assistenciais oferecidos pelas OCS e a obtenção de resultados esperados, caberia considerar que, nos Serviços de Emergência Hospitalares, os serviços assistenciais oferecidos, assim como os resultados esperados eram caracterizados, conforme

descrevemos no primeiro artigo, por atender as síndromes clínicas e cirúrgicas de emergência através da incorporação dos avanços terapêuticos, tecnológicos e organizativos na fronteira do conhecimento, em especial, nas condições mórbidas cuja perícia e rapidez são fatores de sucesso clínico como o trauma, as doenças cardio-cérebro-vasculares, os quadros infecciosos graves e instáveis.

Diante disso, o desempenho dos SEH, à luz da definição dos quatro fatores que determinam a produção dos serviços de saúde (GRIS, 2005), poderia ser caracterizado, também com base nas observações de ambos os artigos, da seguinte forma:

- Em relação ao volume e ao tipo de serviços assistenciais: são serviços submetidos à grande pressão de entrada, dada a ainda pouca articulação e resolubilidade do sistema de serviços de saúde, apresentando um grande volume de atendimento, dentre esses os casos de emergência.
- Em relação à coordenação entre os fatores que impactam na produção: revelam a existência de vários “hospitais” em disputa, especialmente, no elemento estruturante desses serviços que são os leitos hospitalares. O SEH, o CTI, o CC, e muitas vezes o próprio ambulatório do hospital demandam suas necessidades aos setores de suporte, como o laboratório, setor de imagem, setor de internação, e outros sem coordenação.
- Em relação à otimização da produção dos serviços assistenciais: os recursos obtidos pelos SEH, ainda são aquém, das suas necessidades, tanto nos aspectos estruturais (ex. recursos humanos e tecnologia), como no aspecto da modernização dos processos de trabalho. O resultado ainda é a baixa produtividade.

- Em relação à qualidade da assistência: os SEH, na sua maioria, superlotados e, por conseguinte, induzindo a abordagens clínicas pouco adequadas, levando ao aumento da taxa de mortalidade como identificamos em alguns estudos apresentados no segundo artigo.

A relação entre a dimensão produção de serviços com as demais três dimensões do desempenho (objetivos; adaptação e valores), se dá em torno de três tipos de equilíbrio (GRIS, 2005):

- O equilíbrio tático: o estudo revela que os SEH fazem parte de um sistema desagregado, com disputas de todo tipo de interesse, mas que o desafio tático mais importante e cotidiano convergiria para a disputa da ocupação do leito hospitalar.
- O equilíbrio alocativo: a falta de integração dos SEH com o hospital dificulta a alocação de recursos de toda ordem, e poderíamos afirmar que o próprio programa do Ministério da Saúde, QUALISUS, que em tese deveria atender parte das necessidades dos SEH, apresenta-se com baixo grau de implantação.
- O equilíbrio operacional: possivelmente, os valores gerados nos SEH, conforme a descrição realizada no primeiro artigo represente um grau elevado de degradação na produção dos serviços.

Em relação aos demais três tipos de equilíbrio, os SEH também revelam sua incapacidade de integrar sua missão com suas metas – equilíbrio estratégico, o clima organizacional está em dissonância com as necessidades sociais e sanitárias – equilíbrio contextual, e as distorções das metas dessas organizações interferem negativamente na cultura organizacional – equilíbrio legitimador.

Considera-se, portanto: (1) a superlotação dos SEH é expressão do baixo desempenho da organização de cuidado de saúde – o hospital; (2) são limitadas às abordagens que sugeriram arranjos gerenciais e assistenciais para melhorar os SEH desarticulados com o “fazer conjunto” do hospital, ou seja, trata-se de matéria a ser concebida de forma integrativa; (3) as matrizes de desempenho das OCS apresentadas nesse estudo, em especial a matriz EGIPSS, que utilizamos para avaliar os SEH, são uma das possibilidades para o objetivo de integrar as várias dimensões da atividade hospitalar, porém as condições para sua implementação, dado o grau atual da complexidade dessas organizações, desafiam qualquer instrumento de mudança.

Dentro dessa perspectiva, apresentamos duas experiências pontuais onde se buscou coordenar e integrar ações, a nível intra-hospitalar, para resolver a superlotação em SEH.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) como dispositivo-chave para melhorar o fluxo de saída dos pacientes, proporcionar a integração dos serviços hospitalares e solucionar a superlotação nos SEH

Em 2005 (MS, 2005), a Diretoria dos Hospitais sob Gestão do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro propôs a constituição do Núcleo Interno de Regulação (NIR) com objetivo, entre outros, criar espaço institucional, onde se definisse, a partir de critérios clínicos, as prioridades de internação nos leitos hospitalares e melhorar o fluxo de saída do serviço de emergência hospitalar. Em linhas gerais, seriam as seguintes funções internas do NIR:

- Espaço institucional para apoiar o fluxo de saída do Serviço de Emergência Hospitalar.

- Regula os leitos das unidades de internação, com base no aumento da efetividade clínica.
- Regula as vagas das unidades de internação, com base no critério de admissão por risco (em caso de disputa por vaga).
- Implanta o Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente, nos casos de longa permanência, a partir do trabalho de equipes multidisciplinares.
- Traduz para a realidade da unidade protocolos clínico-operacionais de acordo com o perfil de morbidade do hospital, da Medicina Baseada em Evidência, Enfermagem Baseada em Evidência, Saúde Pública Baseada em Evidência e outros.
- Monitora o Tempo Médio de Permanência (TMP) baseado na portaria GM 1101 de 12/06/2002. Pode-se utilizar o método KANBAN (originário da metodologia Qualidade Total), ou seja, a marcação através de cores, para identificar categorias do tempo de permanência nas unidades: ideais (azul), aceitáveis (amarela) e com problemas a serem corrigidos (vermelho). A vantagem desse método é a possibilidade de visualização imediata e, portanto utilizá-lo para censo diário.

As funções externas do NIR seriam:

- Responsabiliza-se pela CONTINUIDADE DO CUIDADO, através da organização de redes de assistenciais e de corredores virtuais de atenção à saúde.
- Promove a interface da Unidade de Saúde com o Complexo Regulador (central de leitos; central de consultas especializadas; central de procedimentos de alta complexidade; central de urgência e emergência)

- Promove a interface da Unidade de Saúde com a Rede de Atenção Local (coordenações distritais de saúde; centros de saúde; equipes do PSF e do SAID; hospitais ou clínicas de apoio; equipes de atenção domiciliar)

A organização do NIR seria na seguinte base:

- Equipe multiprofissional (médico; enfermeiro; assistente social; psicólogo; outros) com participação da Direção Hospitalar, das principais autoridades clínicas (de acordo com o perfil do hospital) e coordenação executiva dedicada, com atuação diária.
- Reuniões semanais com base no: Censo Hospitalar Diário (paciente; leito; unidade de cuidado; hipótese diagnóstica; identificação de problemas; permanência) e ATA de Resoluções.
- Plano de Trabalho Mensal baseado em metas de redução do Tempo Médio de Permanência / mês, inicialmente, por clínica e em seguida, por patologia. Deve-se monitorar, também, o número e o motivo de cirurgias canceladas / mês.

Experiências de implantação do NIR

Sergipe:

O Hospital de Urgências de Sergipe - HUSE é a principal referência do SUS para a população do estado nas situações consideradas de urgência e emergência, assim como para alguns municípios dos estados de Alagoas e Bahia. É um hospital de grande porte, com mais de 300 leitos e centro de atendimento ao trauma. Desde sua fundação há 22

anos, presta assistência no limite de sua capacidade operacional, trazendo a marca da superlotação do pronto - socorro adulto (clínico e trauma) e infantil.

A partir de setembro de 2007, iniciou-se um processo de mudança na rede hospitalar do estado e particularmente no HUSE, inserido na proposta de governo para desenvolver e qualificar o SUS, e do qual descrevemos alguns resultados parciais. A situação inicial do pronto socorro do HUSE era de uma ocupação que ultrapassava os leitos instalados, macas ocupando todos os corredores dos setores adultos e infantis, sendo que no último não era raro duas crianças ocuparem o mesmo leito. A sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) com capacidade de atender 6 pacientes era ocupada em média por 18 pacientes, com permanência média maior do que 72 horas, e usualmente o destino dos pacientes após a cirurgia era novamente o pronto - socorro. O modelo de assistência se caracterizava pela presença de médicos plantonistas que se ocupavam de uma demanda média de 400 pacientes / dia, além de serem responsáveis pelo atendimento às intercorrências dos pacientes em observação e aos internados no pronto socorro. As vagas das enfermarias eram distribuídas aleatoriamente, com frequência esta distribuição era mediada por influência político-administrativa e o tempo médio de permanência no PS adulto era de 9,63 dias, segundo levantamento realizado pela gestão do hospital em 2007.

Foi observado no Hospital que, além da superlotação, os serviços se caracterizavam pela má qualidade do cuidado, com um alto número de pacientes mal encaminhados, internados há vários dias, sem prescrições oportunas, sem definição de profissional ou equipe de referência ou sequer da clínica de pertencimento. Não existiam dados sobre o número de pacientes, os dias de permanência, a procedência predominante, ou outros, que pudessem oferecer subsídios para que a gerência pudesse intervir sobre a realidade.

Lidava-se com esta situação de forma subjetiva e a partir das percepções e não de uma análise mais sistemática sobre a multicausalidade das situações complexas.

A intervenção escolhida para enfrentar a situação descrita foi à utilização de dispositivos, nomeados “gestão de leitos” e “gestão de vagas”. A gestão de leitos tinha como objetivo monitorar e avaliar o desempenho clínico nas unidades onde os pacientes permaneciam em observação ou internados, para poder atuar na sua melhoria. Considerou-se como parâmetros de maior eficiência organizacional, a redução da média de permanência e a otimização da capacidade instalada, por meio da agilização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e da oferta da tecnologia apropriada no menor tempo possível. Foram quatro os instrumentos utilizados: definição clara do responsável pela condução do caso, realização de visitas em equipe multiprofissional para revisão clínica e adequação da conduta, pactuação dos parâmetros de gravidade e necessidade de cuidado e monitoramento da média de permanência.

A gestão de vagas propiciou o encontro entre a oferta e a demanda por leitos, estabelecendo as prioridades de internação, as quais estão baseadas nos protocolos elaborados entre as unidades do hospital, para maior agilidade na internação ou transferência dos pacientes de maior risco clínico. A gestão de leitos e vagas leva em consideração as seguintes iniciativas e responsabilidades:

a) centraliza a oferta de vagas de leitos internos e externos e faz a interface com as unidades demandantes de leitos (PS adulto e infantil, SRPA e outras). A informação da liberação de vaga nas unidades de internação locais ou dos demais hospitais inseridos na rede assistencial é um dos elementos fundamentais nesse processo de gestão, na medida em que a relação de poder sobre a unidade funcional básica e estratégica do hospital - o leito - configura o padrão de acesso ao mesmo. A gestão descentralizada de leitos vagos

estimula o uso dos micro-poderes, possibilitando a utilização privada da oferta mediante critérios inadequados. Simultaneamente, ocorre a identificação das demandas por leitos, sendo que a pressão das unidades demandantes precisa ser canalizada de forma sistemática e ágil, de tal maneira que seu foco permaneça na atenção ao paciente, geralmente grave, sem dissipar energia. Ao mesmo tempo, é oportuno garantir a essas unidades de que suas demandas por vagas serão tratadas de maneira criteriosa e contínua.

b) define critérios de risco e autoriza a ocupação das vagas: O perfil assistencial dos hospitais de urgência e emergência exige a aplicação constante do critério de risco clínico para o cuidado em geral e para a ocupação das vagas internas em particular. Ademais, a sala de recuperação pós - anestésica tem prioridade na ocupação de leitos internos, para permitir a continuidade do cuidado e evitar a estagnação das atividades no centro cirúrgico, unidade nevrálgica em um hospital de atenção ao trauma. Os pacientes do PS em tratamento clínico podem ser transferidos com mais facilidade para vagas externas após a estabilização de seu quadro clínico e mediante cuidados adequados. Definida a ocupação das vagas, o profissional investido da autoridade formal para autorizá-la conclui esta etapa do processo, permitindo dar publicidade e transparência aos critérios de alocação.

c) organiza a transferência inter – hospitalar: É um momento delicado, pois se trata de transferir paciente graves, ou potencialmente graves e cuja comunicação deve ser entre as autoridades clínicas de ambos os hospitais envolvidos, de maneira clara e formal. A transferência inter – hospitalar deve ocorrer com base em protocolos clínicos tanto de saída como de entrada nas unidades de internação e de Urgência/emergência. A responsabilidade da gestão de leitos e vagas vai até o momento da instituição da

assistência na unidade receptora, visando a continuidade do cuidado. A instituição de mecanismos de acompanhamento da evolução dos pacientes pós – alta / pós – transferência auxilia no controle de qualidade das decisões tomadas para alta ou transferência uma vez que, geralmente, ocorrem sob pressão da demanda por vagas internas.

d) desenvolve a gestão da clínica, ou seja, consiste na visita das equipes responsáveis pela assistência aos pacientes no Pronto Socorro e nas enfermarias, junto com os gerentes destas unidades, para proporcionar sinergia nas decisões clínicas acerca dos critérios de risco, perfil assistencial do serviço mais apropriado para assistir cada indivíduo e contribuir para aumentar a eficácia clínica no uso dos leitos.

e) monitora a oferta e demanda de vagas por enfermaria e do tempo médio de permanência (TMP) nos leitos internos. Objetiva-se com o primeiro dispositivo que os profissionais encarregados pela gestão visualizem o desempenho das enfermarias na oferta de vagas e reconheçam antecipadamente a saturação operacional do PS. O monitoramento da oferta e da demanda possibilita, por meio do gráfico de tendências, verificar a situação de equilíbrio (platô) entre a oferta e a demanda de vagas.

Do ponto de vista do arranjo organizacional, a gestão de leitos e vagas no HUSE opera enquanto um núcleo ligado diretamente à diretoria técnica e sua criação foi oficializada mediante portaria interna, a qual estabelece a presença dos gerentes das unidades de internação, de terapia intensiva e serviço de recuperação pós-anestésica nas reuniões diárias. Existe um grupo executivo composto por dois médicos, uma enfermeira e uma assistente social, trabalhando doze horas de segunda a sexta - feira e seis horas nos finais de semana.

O passo seguinte foi estudar a morbidade dos pacientes e pensar novos modos de organizar o processo de cuidado daquela população. Os estudos de demanda mostraram uma predominância de pacientes com quadros clínicos crônicos e para repensar a organização do processo de trabalho propusemos uma equipe horizontal diarista de médicos clínicos, enfermeiros e assistentes sociais atuando em dois turnos, manhã e tarde, incluindo-se finais de semana. Esta equipe passou a se responsabilizar pelos pacientes com necessidade de tratamento clínico, possibilitando o seguimento horizontal e a continuidade do cuidado.

Outro importante dispositivo de gestão da clinica foi à instituição de visitas diárias da equipe horizontal de manhã e à tarde. Estas visitas são fundamentais, pois permitem que a equipe compartilhe os problemas dos pacientes e as alternativas para o projeto terapêutico singular a ser desenvolvido no próprio HUSE, em outro hospital da rede ou no serviço que receberá o paciente pós-alta. Após os primeiros trinta dias de funcionamento da equipe horizontal (equipe de referência) e das visitas coletivas (gestão da clinica), foi possível agregar à discussão alguns representantes da rede hospitalar contratada, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde. Este grupo passou a recombina os critérios de encaminhamentos para os hospitais de referência, atuando como uma estrutura preliminar da regulação estadual na área hospitalar.

O número de macas no Pronto Socorro adulto foi reduzido de 120 para 45, o Pronto – socorro infantil operou com leitos vagos durante vários dias no último trimestre de 2007 e primeiro trimestre de 2008 e a SRPA continuou apresentando quadro oscilante, porém com tendência a diminuição no TMP, mas ainda com períodos de superlotação. Houve aumento do número de vagas ofertadas pelos demais hospitais próprios, da rede contratada e do próprio HUSE.

A demanda média diária de vagas, em janeiro e fevereiro de 2008, foi de 55 vagas para as quatro unidades (CC/SRPA; PS adulto; PS infantil; PS trauma), sendo que se trabalhou em janeiro e fevereiro 2008, com déficit médio diário de 15 vagas, o que remete a necessidade de buscar outras soluções. Comparando com outubro de 2007, observou-se uma redução do tempo médio de permanência de 8,37 para 6,67 dias no mesmo período. Estes resultados foram obtidos mais pela da gestão na unidade de pronto socorro e menos nas enfermarias, onde o processo de mudança estava mais incipiente. Além da redução da permanência dos pacientes no Pronto Socorro, observamos a reorganização do trabalho com instituição de equipes de referência e maior apropriação do coletivo pelos resultados.

Os resultados preliminares do impacto da implantação da unidade de gestão de leitos e vagas no HUSE confirmam estudos que apontam na melhoria do fluxo de saída dos serviços de urgência hospitalar, a solução da superlotação desses ambientes, pois a redução de macas no PS adulto foi demonstrada. Percebe-se, ademais, que a nova organização do processo de trabalho relativo à disponibilização e utilização das vagas vem contribuindo para imprimir a cultura da responsabilização nas unidades de produção, para fazer frente à grande pressão que hospitais com o perfil de atenção para as urgência e emergências enfrentam.

Ou seja, o problema da superlotação no serviço de urgência e emergência é um problema de todos e a solução deve ser construída internamente ao hospital e sistemicamente, em conjunto com a rede hospitalar. Outro ganho importante foi à quebra do mito “o HUSE é superlotado porque a demanda dos municípios do interior é alta”. Os hospitais do interior passaram a ofertar vagas, os pacientes em condições de transferência retornaram aos seus municípios de origem, devidamente medicados e

referenciados. Passou-se a valorizar os primeiros sinais de ultrapassagem da capacidade operacional do PS, como as macas nos corredores, agilizando-se a utilização de leitos de retaguarda nos hospitais conveniados, demonstrando que a superlotação é gerenciável (Bittencourt, Amaral e Prudente 2009).

Mato Grosso do Sul

O Hospital Regional do Mato Grosso do Sul (HRMS) é referência estadual em 42 especialidades conta hoje com 291 leitos ativados. O Pronto Atendimento Médico (PAM) responde por 41 leitos, onde foram realizados 23.995 atendimentos (2.942 na sala de emergência) e 9.204 internações em 2008. Um dos grandes problemas do PAM é o longo tempo de permanência dos pacientes, que leva à superlotação e compromete a qualidade do atendimento.

O Núcleo Interno de Regulação de Leitos e Vagas (NIR/HRMS) foi criado para fazer a regulação interna e a gestão clínica de leitos e vagas, a partir do “kanban”. “Kanban” é uma forma de censo diário, onde consta, além dos dados do paciente, a data de internação e a data de admissão do paciente no setor. Para cada setor, um tempo médio previamente estabelecido, determina se o paciente está dentro desse tempo médio (verde), está exatamente no tempo médio (amarelo) ou ultrapassou o tempo médio de permanência (vermelho). No PAM, verde até 24 horas, amarelo entre 24 e 48 horas e vermelho acima de 48 horas (Moreno, 2009).

A criação do dispositivo NIR passou-se a realizar: (1) Controle diário dos pacientes pelo “kanban”; (2) Discussão dos casos com médicos assistentes e intensivistas para agilizar transferência dos pacientes para as unidades de internação.

Segundo levantamentos utilizados pela gestão do hospital, utilizando o sistema “Assessor Público – Gestão Hospitalar” para coleta dos dados referentes a 2008, encontraram-se os seguintes resultados: (1) Antes da implantação do NIR, a média mensal de pacientes no vermelho na sala de emergência era de 23 pacientes com permanência média de 6,3 dias (3 a 29 dias). Com o NIR/HRMS, a média de pacientes no vermelho na sala de emergência foi de 15,75, com permanência de 4,6 dias, ou seja, redução de 27%. No Posto A (pacientes em observação), redução de pacientes no vermelho foi de 3% para 0,2%. No posto B (pacientes aguardando internação), foi de 18% para 8% dos pacientes no vermelho.

A criação do NIR/HRMS apresentou resultados parciais e instáveis, mas animadores. A falta de leitos de UTI e UCO foram os principais motivos da permanência dos pacientes na sala de emergência. Há necessidade de ações futuras, como: atendimento horizontalizado, reforma e ampliação dos leitos de UTI, capacitação profissional, entre outras.

Ambas as experiências revelaram-se instáveis, por exigirem um alto grau de governança sobre a tomada de decisões no dia-a-dia do hospital, só possível em uma cultura organizacional de fortalecimento das lideranças, especialmente, do diretor do hospital, quase sempre omissos sobre o que acontece no leito hospitalar.

Considerações sobre a metodologia do estudo:

Como foi discutido no segundo artigo, a revisão sistemática não gerou análise com a potência de uma metanálise de ensaios clínicos randomizados, ou até mesmo com a força para a análise de intervenções em OCS, representado pelos estudos em *clusters* randomizados. O estudo confirmou as limitações previamente identificadas, que os ensaios apresentados na revisão sistemática eram quase experimentais, avaliando o controle das intervenções antes e depois. Diante dessa situação utilizamos a Síntese Qualitativa como método de análise dos resultados. Ou seja, esse é o Estado da Arte para estudo dessa natureza. Por outro lado, as possibilidades metodológicas para estudar intervenções nas organizações de saúde e mesmo para avaliação do seu desempenho podem ser mais robustas, desde que o campo para esse tipo de investigação, com o devido estímulo, cresça e se desenvolva.

Considerações sobre as limitações do estudo:

Houve duas limitações importantes no nosso estudo. A primeira refere-se à avaliação das possíveis relações entre o modelo de gestão hospitalar e o desempenho organizacional. A segunda seria sobre a avaliação de desempenho hospitalar a partir de indicadores de resultados clínicos.

O modelo ideal de gestão pública na área hospitalar é um tema que está na agenda política do país, principalmente, após a experiência de implantação das Organizações Sociais (OS) como gestoras de unidades de saúde em São Paulo. Entretanto, o debate é anterior, na medida em que o modelo de gestão utilizado na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, onde há contrato de gestão entre ente público e uma organização de

serviço social autônomo, é considerada por muitos como a ideal. Ademais, a experiência das fundações de apoio, especialmente, nos hospitais federais no Rio de Janeiro, da Fundação Zerbine no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da USP, primeira a estabelecer convênios com entidades privadas para prestação de serviços, também, apresentam características singulares. O Ministério da Saúde encaminhou ao Congresso Nacional, uma proposta inovadora, as Fundações Estatais para a gestão hospitalar, mas esse debate ainda não prosperou. E na prática, a administração direta das organizações de cuidados de saúde, prevalece. O debate sobre o modelo de gestão que melhor induz o desempenho hospitalar, especialmente no setor público, não é um debate neutro, pois tem como referencia conceitual a possibilidade de retirarmos ou fortalecermos o Estado na gestão pública.

A avaliação do desempenho dos hospitais com foco nos resultados clínicos assistenciais é necessário e complexo.

Existem inúmeros indicadores assistenciais que permitem avaliar desempenho hospitalar. Todavia, o rastreamento da mortalidade hospitalar, como medida síntese dos resultados da assistência, traz muitas vantagens. A morte no ambiente hospitalar é um evento único, e deve ser por lei, relatado e registrado de maneira completa e acurada. Há possibilidade de se estabelecer relação entre a taxa de mortalidade hospitalar com outras variáveis que possam ter influência no desempenho hospitalar, tais como o tempo de permanência e, mesmo, o uso de protocolos clínicos. Diante dessas características, possivelmente, a taxa de mortalidade pode representar o indicador de excelência do desempenho hospitalar.

Ademais, rastrear a mortalidade hospitalar, apesar de metodologicamente apresentar dificuldades, pois é necessário rigoroso ajuste de risco dos casos avaliados, permite

retrogradamente encontrar eventos adversos, avaliar o estado da técnica em uso na organização, as relações profissionais, os processos de trabalho em curso, a estrutura disponível para a produção dos serviços, a gestão da organização, enfim, verifica-se a efetividade organizacional, que por melhor que seja, dado a complexidade da produção de serviços de saúde, haverá sempre espaço para melhorias. Portanto, parece-nos correto retirar o indicador - taxa da mortalidade hospitalar – da “vala comum” dos indicadores hospitalares.

As limitações apontadas provocam a necessidade de continuar a estudar o desempenho das organizações de saúde de maneira ampla, seja a partir de fenômenos organizacionais, resultados clínicos, relação entre o sistema de serviços de saúde, financiamento, modelos de gestão e outros. O hospital, em especial, deve retornar a cena da pesquisa em saúde pública, principalmente, na área de planejamento e gestão, na medida em que seu papel no sistema de saúde se re-significou a partir da transição demográfica, do avanço das tecnologias em saúde, da necessidade de construção de redes e corredores de atenção à saúde, além dos desafios e necessidades escalares das grandes metrópoles.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baker DW, Einstadter D, Thomas CL, Husak SS, Gordon NH, Cebul RD. Mortality trends during a program that publicly report hospital performance. *Medical Care* 2002; 40: 879-890.

Bernardes A, Cecílio LCO, Nakao JRS, Évora YDM. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12 (4): 861-870.

Bittencourt RJ. Programa de Atenção ao Paciente Crônico – Grave (PAPCG). In: Estruturação de Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Desenvolvimento em Sistemas de Atenção à Saúde (Relatório Final). Projeto CNPq N°480098/01-8. Belo Horizonte. CNPq 2003.

Bittencourt RJ, Amaral MA, Prudente L, Scarazatti GL, Massaro A, Pinto ACG. Gestão de leitos e vagas hospitalares: relato de experiência no Hospital de Urgência de Sergipe. *QualiHosp* 2009. São Paulo; 2009.

Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(4): 849-860.

Cardoso AJC, Bittencourt RJ, Guerrero A, Ramos JBE, Junqueira MIM, Rosa TT, Marques PRR. The crisis of University Hospital in Brasil. 12th World Congress on Public Health. Turkey; 2009.

Carneiro AC, Rocha Neto I. Desenvolvendo grupos de alto desempenho através dos meios, inteligência e gestão. *Mundo Project Management* 2009; 5 (28): 56-60.

Carvalho DMT. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12 (4): 879-892.

Cecílio LCO, Rezende MFB, Magalhães MG, Pinto AS. O pagamento de incentivo financeiro para os funcionários como parte da política de qualificação da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18 (6): 1655-1663.

Cecílio LCO. Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo. Editora Hucitec 2002. p. 373-385.

Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, e práticas em saúde. Pinheiro R, Mattos RA. Rio de Janeiro. Editora UERJ; 2007. p. 199-212.

Champagne F, Contandriopoulos A-P, Picot-Touché J, Béland F, Nguyen H. Un cadre d'évaluation de la performance des systems de services de santé: Le modèle EGIPSS (Rapport technique). Université de Montréal; 2005a.

Champagne F, Contandriopoulos A-P. Elementos de Arquitetura dos Sistemas de Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Serviços de Saúde. 1º Simpósio Internacional da Conferência Luso-francófona da Saúde (COLUFRAS). Universidade de Montreal 2005b.

Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). www.cqh.org.br/?q=node/322 (acessado em 15 / Agosto / 2009).

Coelho IB. Gestão Hospitalar. Curso de Gestão da Clínica Ampliada em Hospitais. Campinas. Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP 2006.

Constituição Federal do Brasil. Título VIII. Capítulo II: Da Seguridade Social. Rio de Janeiro. Editora Escala 2007. p. 145-151.

Contandriopoulos A-P, Trottier L-H, Champagne F. Improving performance: a key issue for Quebec's health and social services centers. Infoletter 2008; 5(2): 2-6.

Degeling P, Erskine J. Chapter 2: New models of long-term care and implications for service redesign. In: Investing in hospitals of the future. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies (Observatory Studies Series 16); 2009. p. 27-44.

De Masi D. Cultivar a criatividade. In: De Masi D. Criatividade e Grupos Criativos. Rio de Janeiro. Editora Sextante; 2002; p. 677- 705.

Dobashi BF. Comentários sobre “Elementos de Arquitetura dos Sistemas de Avaliação do Desempenho dos sistemas de Serviços de Serviços de Saúde”. 1º Simpósio Internacional da Conferência Luso-francófona da Saúde (COLUFRAS). Universidade de Montreal 2005.

Donabedian A. Specialization in Clinical Performance Monitoring: What it is and how to achieve it. *Qual Assur* 1990; 5: 114-120.

Donabedian A. Introduction. In: *An introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York. Oxford University Press; 2003. p. *xxiv- xxxii*.

Donabedian A. The components of Quality in Health Care. In: *An introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York. Oxford University Press; 2003. p. 3-28.

Donabedian A. Selecting approaches to assessing performance. In: *An introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York. Oxford University Press; 2003. p. 45-58.

Escrivão Junior A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(3): 655-666.

Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(4): 965-971.

Fried B, Carpenter WR. Understanding and Improving Team Effectiveness in Quality Improvement. In: McLaughlin CP, Kaluzny AD. *Continuous Quality Improvement in Health Care*. Ontario. Jones and Barlett Publishers; 2006. p. 154-188.

Fundação de Saúde (FUNSAU) / Hospital Regional (HR) / Secretaria de Saúde do Mato Grosso do Sul (SES MS). Implantação do novo modelo de assistência médica - médico 36 horas. Documento de Trabalho. Campo Grande 2009; 1-2.

Fundação de Saúde (FUNSAU) / Hospital Regional (HR) / Secretaria de Saúde do Mato Grosso do Sul (SES MS). Relatório de Gestão 2008-2009. Campo Grande 2009; 1-85.

Groene O, Klazinga N, Kazandjian V, Lombrail P, Bartels P. The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital (PATH): An analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care* 2008; 20(3): 155-161.

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS (Rapport technique: R05-05). Université de Montréal; 2005.

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS). The performance assessment tool for quality improvement in hospital (PATH Project: R05-06): A general description. Université de Montréal; 2005.

Gurgel Júnior GD, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(2): 325-334.

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 Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

Hagg H, Scachitti S, Mapa L, Brandford L, Vanni C, Cox C. Application of Lean Six Sigma techniques to optimize hospital laboratory Emergency Department Turnaround time across a multi-hospital system. Indiana. RCHE publications 2007.

Hartz ZMA & Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20 (Sup 2); S332-336.

Higgins I. Benchmarking in health care: a review of literature. *Australian Health Review* 1997; 20 (4): 60-69.

Holland JH. Elementos básicos. In: Holland JH. *A ordem oculta: como a adaptação gera a complexidade*. Lisboa. Gradiva; 1995; p. 23-66.

Hortale VA, Duprat P. O contrato de gestão na reforma do subsistema hospitalar francês: contribuição à descentralização dos serviços de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Administração Pública* 1999; 33(2): 7-22.

Howell E, Bessman E, Kravet S, Kolodner K, Marshall R, Wright S. Active Bed Management by Emergency Department Throughput. *Ann Intern Med* 2008; 149: 804-810.

Iezzoni L. Final observations. In: Iezzoni L. *Risk Adjustment for measuring health care outcomes*. Chicago. Health Administration Press 2003b. p. 401-410.

Krumholz HM, Rathore SS, Chen J, Wang Y, Radford MJ. Evaluation of Consumer-Oriented internet health care report card: The risk of quality ratings based mortality data. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287 (10): 127-1287.

La Forgia GM, Couttolenc BF. Análise Comparativa de Custos e Eficiência. In: *Desempenho Hospitalar no Brasil: Em busca da excelência*. São Paulo. Editora Singular; 2009a. p. 55-128.

La Forgia GM, Couttolenc. Avaliação e melhoria da qualidade. In: *Desempenho Hospitalar no Brasil: Em busca da excelência*. São Paulo. Editora Singular 2009b. p. 329-376.

Le Moigne J-L. Sobre a inteligência da complexidade, entrelaçando epistemologia e prática. In: Morin E, Le Moigne J-L. *Inteligência da Complexidade Epistemologia e Pragmática*. Lisboa. Instituto Piaget; 2007. p. 19-35.

Lins ME, Lobo MSC, Silva ACM, Fiszman R, Ribeiro VJP. O uso da análise envoltória de dados (DEA) para avaliação dos hospitais universitários brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(4): 985-998.

Luhmann N. Funcionalismo estrutural / Parsons. In: *Introdução a Teoria dos Sistemas*. Petrópolis. Editora Vozes; 2009: p. 35-58

Mckee M, Healy J. Chapter one: The significance of hospitals: na introduction. In: *Hospitals in changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. Philadelphia. Open University 2002. p. 3-13.

McLaughlin CP, Kaluzny AD. *Defining Quality Improvement*. In: *Continuous Quality Improvement in Health Care*. Ontario. Jones and Barlett Publishers; 2006. p. 3-40.

Ministério da Saúde. *Diretoria dos Hospitais sob Gestão do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro / Coordenação Técnico-Assistencial. O Núcleo Interno de Regulação (NIR)*. Texto de Apoio. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde 2005.

Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)*. 3ª edição ampliada. Série E. Legislação de Saúde. Brasília. DF. Editora do MS 2006.

Ministério da Saúde. *Distribuição dos serviços de saúde no Brasil: uma análise do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. In: *Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde*. Brasília. Editora MS; 2008. p. 15-34.

Ministério da Saúde. Redes Regionalizadas e Territórios Integrados de Atenção À Saúde – TEIAS: A estratégia e orientações para a implementação. Brasília. Documento de Trabalho do Ministério da Saúde 2009; 1-63.

Minvielle E. Sicotte C. Champagne F. Contradriopoulos A-P. Jeantet M. Hospital Performance: Competing or shared values? Health Policy 2008; 87: 8-19.

Moreno FAUC, Couto SRA, Frizzo A, Oliveira JR, Bittencourt RJ, Scarazatti GL. Implantação do Núcleo Interno de Regulação de Leitos e Vagas do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul (NIR/HRMS). 2º Congresso de Saúde Pública do Mato Grosso do Sul. Campo Grande; 2009.

Morin E. Le Moigne J-L. Abertura. In: In: Morin E, Le Moigne J-L. Inteligência da Complexidade Epistemologia e Pragmática. Lisboa. Instituto Piaget; 2007. p. 11-16.

Morin E. Complexidade Restrita e Complexidade Geral. In: Morin E, Le Moigne J-L. Inteligência da Complexidade Epistemologia e Pragmática. Lisboa. Instituto Piaget; 2007. p. 36-79.

Oliva FA, Borba VR. A metodologia Balance Scorecard. In: BSC Balance Scorecard: Ferramenta gerencial para organizações hospitalares. São Paulo. Editora Iátria; 2004. p. 75-124.

Paiva WP. A teoria do caos e as organizações. Cadernos de Pesquisa em Administração 2001; v. 08(2): abril-junho. p. 85-96.

Parsons T. Social Systems. In: Social Systems and the evolution of action theory. New York. The Free Press; 1977. p. 177-203.

Portaria Nº 1.101 GM. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde 2002. 12 de junho.

Portela MC. Accountability e qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12 (3): 840-841.

Porter ME, Teisberg EO. Identifying the Root Causes. In: *Redefining Health Care: Creating value-based competition on results*. Boston. Harvard Business School Press 2006. p. 33-70.

Posnett J. Chapter 6: Are bigger hospitals better? In: McKee M, Healy J. *Hospitals in a changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. Philadelphia. Open University 2002. p. 100-118.

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

Scarazatti GL. Tendências da avaliação em Saúde. *Debates GV saúde* 2006; 2: 22-23.

Schettino G. Tendências na assistência hospitalar. *Debates GV saúde* 2006; 2: 31-33.

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

Testa M. Análisis de Instituciones Hipercomplejas. In: Merhy EE, Onocko R. (org.) *Agir em Saúde: um desafio para o publico*. São Paulo. Editora Hucitec; 2002; p. 17-70.

Thomson Reuters TOP Hospital. 100 Top hospital: National Benchmarks 2008 Study (16th edition). Ann Arbor; 2009. p. 3-11.

Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12 (4): 825-839.

Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset A-L. A performance assessment framework for hospital: The WHO regional Office for Europe PATH Project. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; 17(6): 487-496.

Ugá MAD, López EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12 (4): 915-928.

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

World Health Organization (Europe). Performance assessment tool for quality improvement in hospital – PATH. Copenhagen 2007.