

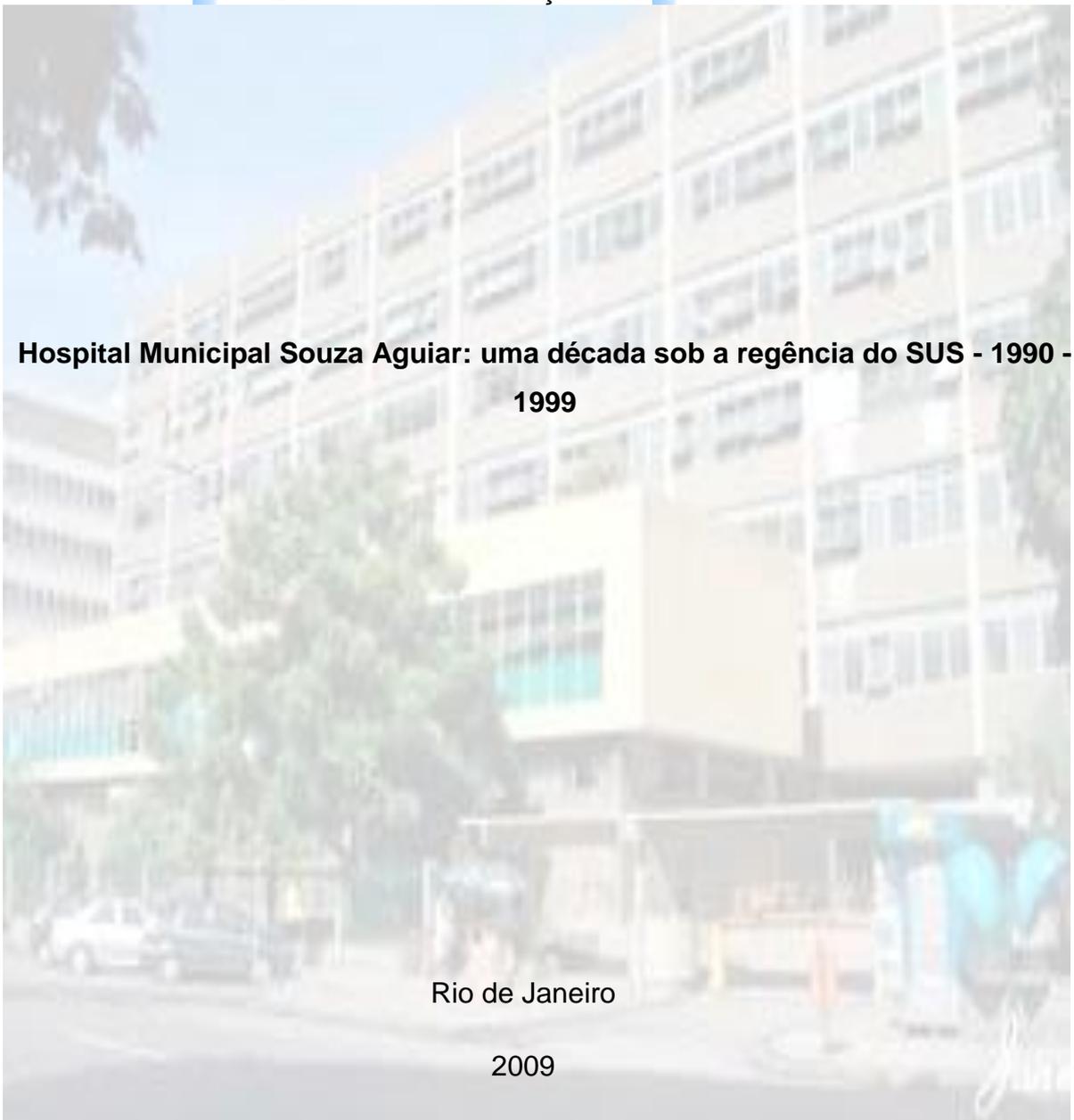


Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem



Bárbara Cristina Gonçalves dos Santos

Hospital Municipal Souza Aguiar: uma década sob a regência do SUS - 1990 - 1999



Rio de Janeiro

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Bárbara Cristina Gonçalves dos Santos

Hospital Municipal Souza Aguiar: uma década sob a regência do SUS - 1990 -1999

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suely de Souza Baptista

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Gertrudes Teixeira Lopes

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S237 Santos, Bárbara Cristina Gonçalves dos.
Hospital Municipal Souza Aguiar: uma década sob a regência do SUS -
1990-1999 / Bárbara Cristina Gonçalves dos Santos. - 2009.
97 f.

Orientadora: Suely de Souza Baptista.
Co-orientadora: Gertrudes Teixeira Lopes.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem de emergência. 2. Enfermagem – História. 3. Hospital
Municipal Souza Aguiar. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Baptista,
Suely de Souza. II. Lopes, Gertrudes Teixeira. III. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta dissertação.

Assinatura

Data

Bárbara Cristina Gonçalves dos Santos

**Hospital Municipal Souza Aguiar: uma década sob a regência do SUS - 1990 -
1999**

Dissertação apresentada, como requisito para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em _____

Banca Examinadora: _____

Prof^a. Dr^a. Suely de Souza Baptista (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ
(Presidente)

Prof^a. Dr^a. Lúcia Helena Silva Correa Lourenço
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ
(1^a Examinadora)

Prof^a. Dr^a. Gertrudes Teixeira Lopes (Co-orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ
(2^a Examinadora)

Suplentes

Prof^a. Dr^a. Jane Marcia Progianti
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Ieda de Alencar Barreira
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido pelo amor, paciência, compreensão e noites de sono dedicadas a me ouvir e ajudar.

Aos meus queridos pais e irmãs, minha irmã Vera inclusive, pela força e amor incondicionais dedicados em todas as horas.

Luan, Vitória e Milena: que vocês cresçam com força e coragem para vencer as adversidades.

À minha madrinha, ao tio Vitoriano e à tia Sueli, pelas palavras de conforto e apoio.

À minha nova velha amiga Tábata Cristina, pelas dicas e arrumação.

À Neusa... Foi bom aprender a jogar.

À Enfª Cristina M. de Barros pela oportunidade de realizar este aprimoramento.

Ao Enfº Renato e Enfª Carolina, obrigada pelo incentivo.

À minha orientadora, Profª Suely de Souza Baptista, muito obrigada pela iniciação na História da Enfermagem.

À Deus, agradeço todos os dias por todas as oportunidades, vitórias, derrotas, alegrias... Pois por tudo isso, sei que cada dia tenho a chance de fazer melhor.

Prece da Serenidade

Deus me dê a serenidade de aceitar o que
não posso mudar,
coragem para mudar o que pode ser
mudado e sabedoria
para perceber a diferença.

RESUMO

SANTOS, Bárbara Cristina Gonçalves dos. *Hospital Municipal Souza Aguiar – uma década sob a regência do SUS: 1990 – 1999*, Brasil, 2009, 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Este estudo destaca as influências da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nas condições de trabalho da equipe de enfermagem que atuou na Emergência e no Pronto-Socorro do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA). Sob esta ótica, tem os seguintes objetivos: descrever o processo de criação e implantação do SUS, analisar o processo de implantação das diretrizes do SUS na emergência e Pronto-Socorro do HMSA e discutir as implicações dessas diretrizes para as condições de trabalho da equipe de enfermagem de Emergência e Pronto-Socorro do HMSA. Usando um viés histórico-social, com recorte temporal entre 1990 e 1999, teve como fontes primárias depoimentos orais coletados na perspectiva da História Oral Temática; documentos escritos pertencentes ao Arquivo da Cidade do Rio de Janeiro, ao HMSA, à Fundação Getúlio Vargas e à Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz; reportagens publicadas pelos principais jornais da época, e, ainda, informações prestadas pelo Setor de Informações e Estatísticas do HMSA. Para melhor compreender o problema em estudo, foi realizado um breve exame da trajetória do HMSA desde a sua origem, a consolidação da instituição como uma referência nacional em pronto-atendimento, sendo estes conteúdos articulados ao contexto socioeconômico e político brasileiro. Foram também analisadas as condições que favoreceram a criação do SUS, até sua implantação no HMSA, quando significativas alterações se impuseram à esta unidade hospitalar principalmente pelos: aumento da demanda, insuficiência de pessoal, material e instalações e, ainda, pela mudança no perfil da unidade, que foi forçada a crescer no sentido de um hospital geral de grande porte, assumindo a realização de procedimentos eletivos, acarretando prejuízo aos emergenciais. As modificações nas condições de trabalho da enfermagem da Emergência e do Pronto-Socorro do HMSA foram estudadas, analisando-se depoimentos obtidos e estatísticas dos números de atendimentos ocorridos de 1990 a 1999, com enfoque nas considerações de Dejours sobre as situações geradoras de patologias nos ambientes de trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem. História da Enfermagem. Emergência. Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA). Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

This study highlights the influences of the deployment of the Sistema Único de Saúde (SUS) in the working conditions of the nursing staff who served in the Emergency and the First Aid of the Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA). From this perspective has the following objectives: to describe the process of creation and deployment of SUS, analyze the process of implementing the guidelines of the SUS in the emergence of HMSA and First Aid and discuss the implications of these guidelines on the working conditions of the nursing staff Emergency and First Aid of HMSA. Using a socio-historical perspective, with cutting time between 1990 and 1999, had as primary sources oral testimonies collected under the perspective of the Thematic Oral History; documents belonging to the archives of the City of Rio de Janeiro, the HMSA, the Getúlio Vargas Foundation and the Casa de Oswaldo Cruz of the Oswaldo Cruz Foundation; reports published by major newspapers of the time, and also, information provided by the Division of Information and Statistics of HMSA. To better understand the problem under study was conducted a brief analysis of the trajectory of HMSA since its inception, the consolidation of the institution as a national reference in emergency care, which was articulated to the Brazilian socio-economic and political context. We also analyzed the conditions that favored the creation of the SUS, to their deployment in the HMSA, when significant changes were imposed on the hospital mainly by: increased demand, insufficient staff, equipment and facilities, and also, by the change in the profile of unit, which was forced to grow into a large general hospital, assuming the completion of elective procedures, and decrease the emergency procedures. The changes in the conditions of the nursing work of the Emergency and First Aid of HMSA were studied, analyzing evidence is obtained and statistics of the numbers of visits that occurred from 1990 to 1999, with focus on considerations of Dejours about the situations that create pathologic conditions in environments of work.

Keywords: Nursing. Nursing History. Emergency. Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA). Sistema Único de Saúde (SUS).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Posto de Prompto Socorro, situado a Praça da República	19
Figura 2	Ampliação e construção do Hospital de Prompto Socorro, situado a Praça da República	19
Quadro 1	Construção das Categorias de Análise	32
Figura 3	Fotografia da fila formada para atendimento na triagem do Pronto-Socorro	49
Figura 4	Fila para a triagem no Pronto-Socorro do HMSA	49
Figura 5	Notícia publicada no jornal O Globo	54
Figura 6	Notícia publicada no jornal O DIA	55
Tabela 1	Movimento anual de atendimentos na Emergência e Prontos-Socorros do HMSA, nos anos de 1990 a 1993	59
Tabela 2	Movimento anual de atendimentos na Emergência e Pronto-Socorro do HMSA, nos anos de 1993 a 1999	59
Tabela 3	Comparativo dos crescimentos nos números das cirurgias de urgência e eletivas realizadas no período de 1990 a 1999	60

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
O problema e os objetivos da pesquisa	15
Breve resenha histórica do HMSA	16
1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	21
1,1 Abordagem teórica	21
1.1.1 <u>Conceitos de trabalho e seus processos</u>	21
1.1.2 <u>Organização e condições de trabalho</u>	21
1.1.3 <u>Trabalho de enfermagem</u>	23
1.2 Abordagem metodológica	23
1.2.1 <u>Tipo de estudo</u>	24
1.2.2 <u>Caracterização do espaço físico do HMSA</u>	25
1.2.2.1 O Pronto-Socorro e a Emergência	26
1.2.2.2 Pronto-Socorro (PS)	27
1.2.2.3 Emergência	27
1.3 Os sujeitos	28
1.4 Procedimentos de coleta de dados	28
1.5 Análise dos dados	30
2 O CONTEXTO DE SAÚDE PÚBLICA QUE ANTECEDEU O SUS	33
3 A EMERGÊNCIA E O PRONTO-SOCORRO DO HMSA E A IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES DO SUS	43
3.1 Situação funcional e organizacional do Pronto-Socorro e da Emergência do HMSA	45

4	REPERCUSSÕES DA IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES DO SUS NA EMERGÊNCIA E NO PRONTO-SOCORRO DO HMSA	57
4.1	O SUS e sua influência no aumento da demanda para o HMSA	57
4.2	O conhecimento do processo de implantação do SUS no HMSA	63
4.3	Relacionamento da equipe com os usuários pós-implantação do SUS	67
4.4	Condições de trabalho no pronto-socorro e na emergência do HMSA	70
4.5	Mudanças no perfil de atendimento na emergência	73
	CONCLUSÃO	78
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICE 1	91
	APÊNDICE 2	92
	APÊNDICE 3	94
	ANEXO 1	96

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo as implicações da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) para as condições de trabalho da equipe de enfermagem no Pronto-Socorro e na Emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA), no período de 1990 a 1999.

A escolha deste objeto é consequência da experiência vivenciada como integrante da Coordenação de Enfermagem do referido hospital durante quatro anos, desempenhando funções gerenciais e assistenciais, inclusive substituindo enfermeiros plantonistas de diversos setores, quando de sua impossibilidade. Nessas ocasiões, havia revezamento da coordenação para realizar o atendimento na triagem do hospital.

Ainda neste período, eram frequentes as reuniões para a discussão sobre a assistência nos diversos serviços e clínicas e sobre as discrepâncias entre os recursos humanos e tecnológicos e as necessidades do serviço. Era voz corrente a importância do resgate da imagem original do HMSA, de ser primordialmente destinado ao atendimento de emergências, o que lhe granjeara o reconhecimento nacional e o título de maior hospital de emergência da América Latina.

É claramente perceptível a diluição deste traço – hospital de emergência – que, por tantos anos, tão fortemente marcou a identidade da instituição. O fato que contribuiu para essa perda de identidade foi a ampliação dos espaços da unidade para transformar-se em um hospital geral de grande porte, com 543 leitos.

De acordo com Sabbadini e Gonçalves (2005, p. 2), hospital é uma organização prestadora de serviços, com elevado grau de complexidade, destinada à prestação de assistência médica e, a esse respeito, tais autores fazem algumas considerações sobre fatores que caracterizam as organizações hospitalares:

1. percepção mais sutil do resultado nas atividades de serviço; 2. estão sujeitas a rápidas mudanças ao longo do tempo;
2. devido às numerosas interações nos seus processos, as mudanças realizadas numa área, causam impactos inesperados em setores aparentemente sem nenhuma ligação entre si; e
3. são influenciadas por fatores externos, aleatórios e independentes, que estão fora do controle da organização.

Borba (1991, p. 31) afirma que a finalidade dos hospitais é proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob qualquer regime de atendimento; tornam-se também centros de educação, capacitação de recursos e de

pesquisa em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a eles vinculados tecnicamente.

Pode-se classificar os hospitais por diferentes aspectos, tais como: o regime jurídico, porte e tipo de serviços prestados (BISSON; CAVALLINI, 2002, p. 10). Segundo o regime jurídico, podem ser públicos ou privados. Quanto ao porte, considera-se o número de leitos como parâmetro de classificação. Nesse caso, os hospitais são assim classificados:

- pequeno porte: menos de 50 leitos;
- médio porte: entre 50 e 200 leitos;
- grande porte: entre 200 e 500 leitos.

Quanto ao tipo de serviço, a classificação considera como parâmetro o número de especialidades atendidas. No caso de oferecer uma especialidade específica, como cardiologia, por exemplo, o hospital é classificado como especializado. Quando há serviços em mais de uma especialidade é classificado como hospital geral. Alguns são voltados aos casos de emergência, ou seja, aqueles que prestam atendimento contínuo, para situações de urgência e emergência médica, odontológica e/ou à determinada clientela de ambulatório (CHAGAS, 2003, p. 15).

De acordo com Gomes (2007, p. 3), as *unidades de emergência* têm a finalidade de tratar pacientes com afecções agudas específicas, proporcionando recursos eficazes para que suas necessidades sejam satisfeitas.

Reconhecem-se os setores para atendimento de emergências como áreas que proporcionam pronta avaliação médica do paciente e facilidades que implementam uma ação terapêutica, com suporte de equipes especificamente treinadas.

Para Coelho (1997, p. 43), o tratamento de urgência desenvolvido na *sala de trauma* concretiza a finalidade da unidade de emergência, que é oferecer assistência imediata a pessoas acometidas por mal súbito ou acidente que possa pôr sua vida em perigo ou torná-las inválidas.

Os conceitos de emergência e urgência têm diferenças tênues, frequentemente difíceis de estabelecer no momento do atendimento, face às complexidades das inúmeras situações etiopatogênicas, assim como das diversidades individuais que propiciam formas muito diversas dessas situações se

apresentarem. Com o fim de orientar a dissertação, tornar o texto mais didático e definir os limites do escopo do trabalho, optou-se por apresentar dois conceitos destas duas situações.

Segundo Paim (1994, p. 152):

Uma emergência corresponde a um processo de risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidades ou complicações graves. Já urgência significa um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente. Neste caso há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais.

A partir da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1451/95:

Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

As duas referências recomendam o tratamento médico imediato — tanto para as condições definidas como urgências quanto para as emergências. Paim (1994, p. 153), diferentemente da forma de conceituar do CFM, considera como urgência a condição em que não se configura o risco iminente à vida, podendo, entretanto, evoluir para tal. O CFM considera as urgências como agravos com ou sem risco potencial de vida. Em ambas as conceituações não se encontrou suficiente clareza, principalmente devido ao fato das situações que se apresentam na prática também não terem, com frequência, estas diferenças bem definidas, principalmente para os médicos e enfermeiros menos experientes, que são os que habitualmente se encontram nas unidades de pronto-socorro e de emergência.

As unidades de emergência devem preferencialmente funcionar em um contexto hospitalar, com infraestrutura que forneça suporte de atendimento ao paciente com diferentes níveis de complexidade, através de uma assistência sistematizada.

As unidades de emergência são, caracteristicamente, próprias de hospitais de grande porte, com locais apropriados para permitir a permanência do paciente por até 48 horas, dispondo de recursos materiais e humanos para atender às exigências do socorro imediato, seguindo as normas e padrões de serviços de saúde do Ministério da Saúde (MS).

Segundo as normas do MS (1994), as unidades de emergência devem ser localizadas no andar térreo, com entrada ampla, independente e coberta, com vias sinalizadas e que propiciem livre acesso às ambulâncias. Devem ter facilidade de

acesso e proximidade dos serviços complementares de diagnóstico e tratamento. Hodiernamente aliam-se às unidades de emergência os serviços de atendimento pré-hospitalar.

No tocante às equipes de enfermagem que atuam nestas unidades, é primordial que ocorra o desenvolvimento contínuo de ações padronizadas e aprimoramento constante através da educação permanente.

O MS (1985, p. 5) publicou um instrumento que visava a facilitar a comunicação no sistema de saúde chamado Terminologia Básica em Saúde, que subdividiu os termos em dois grupos: terminologia geral e terminologia física. Neste instrumento encontramos **pronto-atendimento** e **pronto-socorro** na terminologia geral e **emergência** na terminologia física, com as seguintes definições:

- **Pronto-atendimento** - conjunto de elementos destinados a atender urgências dentro do horário de serviço do estabelecimento de saúde (MS, 1985, p. 23).
- **Pronto-socorro** - estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação (MS, 1985, p. 23).
- **Emergência** - unidade destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato (MS, 1985, p. 29).

Assim, como de fato ocorre no HMSA, o pronto-socorro funciona como uma instância que realiza atendimentos — ao mesmo tempo em que faz a identificação da gravidade de cada caso e estabelece o nível de complexidade que cada atendimento deve ter. Uma vez identificado como emergencial, o caso é transferido às instalações apropriadas para dar prosseguimento ao atendimento com a complexidade respectiva que, na situação do HMSA, são as salas da emergência situadas no segundo andar do hospital, enquanto que o pronto-socorro, local do primeiro atendimento, situa-se no térreo.

É importante destacar que a equipe multidisciplinar experimenta, e muitas vezes divide, com pacientes e familiares, situações de extrema dor, medo, angústia, violência, além das expectativas de um atendimento bem-sucedido.

Segundo Machado (1995, p. 1), a unidade de emergência faz com que todos os profissionais que nela atuam envolvam-se em dilemas em que prevalecem situações de vida ou morte — o que acarreta uma grande carga emocional.

Pitta (1994, p. 34) afirma que o processo de trabalho hospitalar é “um corpo de práticas sociais numa dada sociedade e submetido a determinadas regras históricas, econômicas e políticas”.

Com base na afirmação do parágrafo anterior, pode-se considerar que o processo de trabalho da equipe de enfermagem que atua no pronto-socorro e na emergência não só é permeado pela carga emocional gerada pelas diversas situações vivenciadas, como sofre influência direta de condições de trabalho ligadas a instalações, material e pessoal, que por sua vez dependem dos recursos emanados das diretrizes das políticas de saúde.

Consideradas as afirmações anteriores, o HMSA claramente se identificou, ao longo de sua história, como um hospital de emergência, e que fruto de suas dimensões, localização central e capacidade resolutiva, assumiu posição de referência, técnica e geográfica, como a mais importante unidade para tal fim dentro da rede hospitalar do município do Rio de Janeiro. Estas características foram impactadas e modificadas com a implantação do SUS, daí derivando a motivação para a realização da presente pesquisa.

O problema e os objetivos da pesquisa

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela constituição de 1988, e implantado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, constituiu-se em divisor de águas na história do HMSA.

Com a implantação do SUS, a vocação inicial do HMSA como unidade hospitalar de referência em atendimento de emergência foi prejudicada. Houve aumento da demanda, com grande solicitação por assistência em várias especialidades, e crescimento do número de situações não caracterizadas como casos emergenciais, forçando a unidade a assumir funções de um grande hospital geral, que evoluiu para um complexo de atendimento secundário e terciário.

Percebe-se uma interpretação equivocada dos conceitos emanados pelos preceitos fundamentais do SUS, levando a população a utilizar a grande estrutura emergencial como um ambulatório, buscando-se atendimento para quaisquer agravos à saúde, em sua maioria casos que teriam melhor acolhimento se atendidos eletivamente.

Observou-se que a universalidade da assistência prevista pelo SUS, ao lado das dificuldades de material e de pessoal do setor saúde, tem levado às salas de

emergência um grande número de pessoas que não requerem este tipo de atendimento. Esta situação, além de desvirtuar a finalidade do serviço e sobrecarregar os profissionais que nele trabalham, causa prejuízos ao melhor atendimento das pessoas que realmente dele necessitam.

Especificamente em relação à equipe de enfermagem, objeto e problema deste estudo, ocorreu uma significativa piora das condições de trabalho, com uma flagrante redução dos recursos para a realização das tarefas assistenciais propriamente ditas, assim como a deterioração das instalações e dos equipamentos, das condições de segurança, tanto a chamada biossegurança como a relacionada com a segurança física dos integrantes da equipe.

Estas modificações compreensivelmente originaram, segundo Dejours (1992, p. 25), condições patológicas de trabalho, geradoras de profundo estresse, angústia e insatisfação. Estes conceitos serão examinados com mais detalhe na explanação referente à abordagem teórica que suporta esta problematização.

É oportuno esclarecer que não faz parte do escopo deste estudo estabelecer juízo de valor sobre o mérito da criação do SUS, ou suscitar quaisquer indagações quanto ao acerto ou não de sua implantação, destinando-se a examinar um aspecto factual, qual seja, o exame das consequências de sua implantação sobre o trabalho da equipe de enfermagem de uma unidade hospitalar específica.

Tendo em vista as mudanças advindas da implantação do SUS, se impostas às condições do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem da Emergência e Pronto-Socorro do HMSA, os seguintes objetivos são propostos:

- Descrever o processo de criação e implantação do SUS.
- Analisar o processo de implantação das diretrizes do SUS na Emergência e no Pronto-Socorro do HMSA.
- Discutir as implicações da implantação das diretrizes do SUS para as condições de trabalho da equipe de enfermagem da Emergência e do Pronto-Socorro do HMSA.

Breve resenha histórica do HMSA

A caracterização do HMSA como uma unidade de emergência tem raízes nas

carências de assistência de saúde vigentes no final do século XIX, quando o Rio de Janeiro ostentava o galardão de ser a capital da jovem República Federativa do Brasil¹. À época o atendimento das emergências era feito precariamente nas farmácias da cidade.

A cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico: rede insuficiente de água e esgoto, coleta de lixo precária e cortiços superpovoados. Nesse ambiente proliferavam muitas doenças, como a tuberculose, o sarampo, o tifo e a hanseníase. Alastravam-se, sobretudo, grandes epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica, com sérias consequências — tanto para saúde coletiva como para o comércio exterior —, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2004, p. 4).

No mandato de Francisco de Paula Rodrigues Alves como presidente do Brasil, 1902 a 1906, o médico sanitário Oswaldo Gonçalves Cruz foi nomeado, em 1903, Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, propondo-se a erradicar a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. A intervenção realizada realmente atingiu os objetivos, porém a falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “mata-mosquitos” causaram o descontentamento da população (SUSEME, 1972, p. 63).

A importante realização de Oswaldo Cruz não trouxe, entretanto, qualquer mudança na situação de desassistência médico-hospitalar para a grande maioria da população da cidade do Rio de Janeiro, uma vez que se destinou a solucionar graves problemas de saúde pública, porém, continuava sem existir uma rede hospitalar pública minimamente suficiente. Persistia o grande descontentamento da população face a este cenário, ironicamente tornado mais grave pela impopularidade dos métodos usados na erradicação da febre amarela e da varíola, não obstante terem sido bem-sucedidos.

A Lei nº 41H, de 1893 (SUSEME, 1972, p. 65), pretendia estabelecer “o socorro médico de urgência em via pública”. Esse dispositivo legal previa a criação de duas seções na então Diretoria Geral de Assistência Pública: uma de Higiene e outra de Assistência Pública, a qual socorreria os “feridos, acidentados na rua e

¹ Em 1834, a cidade do Rio de Janeiro fora transformada em “município Neutro”, permanecendo como capital do Império do Brasil, enquanto que Niterói passara a ser a capital da província do Rio de Janeiro. Em 1889, a cidade transformou-se em capital da República, o município neutro em Distrito Federal e a província em Estado (SUSEME, 1972, p. 63).

afofados, por intermédio de seus comissários”. Também atenderia os “doentes pobres, enviando para os hospitais os que não pudessem ser tratados em domicílio”. E, ainda, seriam colocadas ambulâncias nas diversas agências da Prefeitura para facilitar o socorro (SUSEME, 1972, p. 65). Entretanto, a situação permanecia inalterada, com a lei não sendo cumprida por falta de fundos no tesouro municipal.

Somente em 1906, no último ano da gestão do prefeito Francisco Pereira Passos, assessorado pelo Dr. Torres Cotrim, Diretor de Higiene e Assistência Pública, foi iniciada a construção do primeiro “pronto-socorro” da cidade, denominado Posto de Assistência Médica, localizado na rua Camerino, e encomendadas as ambulâncias na França.

Seu sucessor, o General Francisco Marcelino de Souza Aguiar, inaugurou, em 1907, o Posto Central de Atendimento (PCA), primeira estação de socorro médico de urgência da capital da república. Este prefeito iniciou a construção de outro posto na Praça da República, devido à grande demanda por assistência constatada, que tornou o primeiro Posto Central de Atendimento da Rua Camerino, insuficiente. Ao término de seu mandato em 1909, as obras encontravam-se bem adiantadas (SUSEME, 1972, p. 65).

O “Posto de Prompto Socorro”, situado à Praça da República, foi inaugurado, em 1910, pelo prefeito que sucedeu Souza Aguiar — o General Inocência Serzedelo Correa.

Em 1921, no mesmo local, foi colocada a pedra fundamental da construção de um novo edifício onde seriam instalados o “Hospital de Prompto Socorro”, as “Inspeorias Técnicas” e o “Posto Médico Cirúrgico de Urgência do Departamento Municipal de Assistência Pública”, concedendo assim o título de Hospital a esta instituição, desde sua origem concebida e desenvolvida como uma unidade de atendimento de emergência (SUSEME, 1972, p. 66).

Cabe dizer que, até o presente momento, não foram encontrados documentos referentes à trajetória do HMSA, no que se refere ao período 1921-1954. Portanto, o registro histórico recomeça em 2 de junho de 1955, dia do centenário de nascimento do Marechal Francisco Marcelino de Souza Aguiar, seu nome foi dado à instituição cuja construção ele iniciara, passando o “Hospital de Prompto Socorro” a denominar-se Hospital Souza Aguiar.

As Figuras 1 e 2 exibem fotografias do prédio nos anos de 1922 e 1955.



Figura 1: Posto de Pronto Socorro, situado a Praça da República, 1922.
Fonte: Cedida pelo HMSA

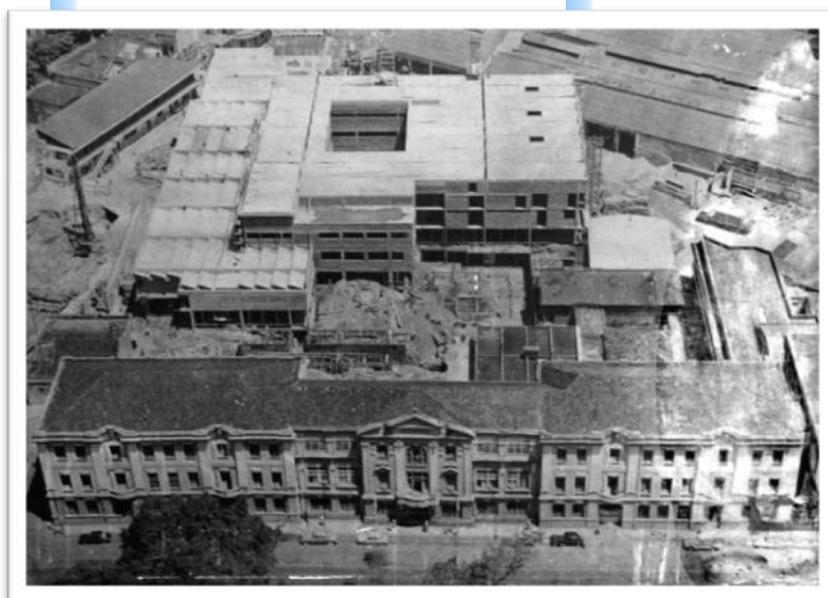


Figura 2: Ampliação e construção do Hospital de Pronto Socorro, situado a Praça da República, 1955. Fonte: Cedida pelo HMSA

Com a mudança da capital da república para Brasília, em 21 de abril de 1960, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se o Estado da Guanabara² (LINHARES, 2005, p.

² De acordo com as disposições transitórias da Constituição de 1946 e com a Lei nº 3.752, de 14 de abril de 1960, configurando o único caso na história do Brasil de uma cidade-estado (LINHARES, 2005).

5).

De acordo com Freire, Sarmiento e Motta (2001, p. 326), em 1965, o Governador Carlos Frederico Werneck de Lacerda, primeiro governador eleito do Estado da Guanabara, inaugurou as novas instalações do Hospital Souza Aguiar. O prédio foi modificado para ter as formas que perduraram nos últimos 43 anos, consolidando a instituição como uma unidade hospitalar de emergência.

Em 1974, durante o governo do General Ernesto Geisel, foi estabelecida a fusão dos Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, com o nome de Estado do Rio de Janeiro³, efetivada em 1975. A fusão teve reflexos em todos os setores do Estado e de sua Capital. Na área da saúde, ainda em 1975, algumas unidades hospitalares estaduais passaram à regência do município, inclusive o Hospital Souza Aguiar, que trocou sua denominação para Hospital Municipal Souza Aguiar (FREIRE; SARMENTO; MOTTA, 2001, p. 328).

No governo Geisel também merece destaque a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, caracterizando a implementação das políticas públicas que transformaram o sistema de saúde nos anos 80 (FREIRE; SARMENTO; MOTTA, 2001, p. 335).

A Constituição de 1988 trouxe a concepção do Sistema Único de Saúde, propondo que todas as pessoas tivessem acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde do país e, independente do nível de complexidade, com “igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (art.7º, inciso IV). Em seu art. 43º garantiu ainda a gratuidade da atenção, de modo a impedir que o acesso fosse dificultado por barreiras econômicas além das muitas já existentes, como a distância dos serviços, o tempo de espera, o horário de funcionamento e a expectativa negativa quanto ao acolhimento, além de fatores educacionais e culturais (BRASIL, 1988).

No texto da carta magna, a saúde foi definida como resultado das políticas sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado e ainda como parte da seguridade social, cujas ações seriam fomentadas por um sistema único de saúde.

3 Pela Lei Complementar nº 20, de 3 de junho de 1974 (SUSEME, 1972).

1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

1.1 Abordagem teórica

O estudo trata da implantação de uma nova forma de sistematizar a saúde e sua influência sobre as condições de trabalho no pronto-socorro e na emergência do HMSA. Sendo assim, necessário é entender alguns conceitos que definam trabalho e seus processos, organização, condições e trabalho na área de enfermagem (itens 1.1, 1.2 e 1.3) e como eles podem corroborar com o objeto de pesquisa.

1.1.1 Conceitos de trabalho e seus processos

Aquino (1987, p. 15) descreve o trabalho como uma atividade material produtiva, que se refere a um objeto determinado, ou seja, a uma matéria sobre a qual o trabalho se aplica. Esse autor considera tal conceito como um processo complexo, que abrange um conglomerado de momentos e utiliza instrumentos, que são chamados de meios de trabalho porque servem de intermediários na relação do homem e o objeto de seu ofício.

Aquino (*op. cit.*) considera ainda que o aspecto diferencial, marcador do trabalho humano, consiste nele ser uma atividade orientada para um fim, isto é, o objeto do trabalho é previamente conhecido, escolhido por atender a uma necessidade humana. Estes conceitos têm aspectos interessantes quando aplicados à atividade discutida neste estudo, que é o trabalho desenvolvido no Pronto-Socorro e na Emergência do HMSA.

De acordo com Nogueira (1997, p. 60), o processo de trabalho em saúde abrange três aspectos: a formação dos profissionais de saúde, a gestão e gerência dos serviços e a produção propriamente dita. A dimensão da gerência dos serviços, na opinião do autor, não é tarefa fácil, pois a direção dos atos técnicos produzidos na saúde depende do comportamento dos profissionais que a compõem.

1.1.2 Organização e condições de trabalho

As atividades humanas organizadas dão origem à divisão do trabalho em várias tarefas a serem executadas e sua coordenação para que elas sejam realizadas, como corroboram a seguir o Ministério do Trabalho e Mintzberg (2003, p. XX).

A organização do trabalho é caracterizada pela divisão organizada e hierarquizada entre os trabalhadores e destes com os demais componentes do sistema de trabalho (meios e materiais); logo, organizá-lo é definir quem faz o quê, como faz e quando faz (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1994).

Mintzberg (2003, p. 12) define a estrutura de uma organização como “a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e depois, como a coordenação é realizada entre estas tarefas.”

Segundo Dejours (1992, p. 25), a organização do trabalho é designada pela “divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc.”

Dejours (1992, p. 133) afirma ainda que a forma como o sofrimento é revestido e seu impacto surge da relação do homem com a organização do trabalho e seu alvo é o aparelho psíquico.

A carga psíquica de trabalho parece ter um status à parte. Ela não é um compartimento justaposto à carga física e à carga nervosa, na medida em que ela é capaz de modificar, em um sentido ou outro, a resultante global da carga de trabalho (DEJOURS, 1994, p. 28).

Dejours (1994, p. 31) acredita que, para que um trabalho se transforme — de exaustivo em equilibrado —, há que se flexibilizar sua organização, permitindo ao trabalhador maior liberdade, para que ele redimensione seu *modus operandi* e encontre prazer naquilo que faz.

Dejours (1992, p. 25) afirma que o ambiente físico, químico e biológico, além das condições de higiene e segurança e as características antropométricas dos postos de trabalho, definem *condição de trabalho*.

Dejours e Abdoucheli (1994, p. 125) identificaram as pressões decorrentes da organização do trabalho como potenciais desestabilizadores para a saúde mental dos trabalhadores e conceituaram organização do trabalho como contraste das condições de trabalho, fazendo-se necessário entendê-los:

... as pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho. As pressões ligadas às condições de trabalho têm por alvo principal o corpo dos trabalhadores, onde elas podem ocasionar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas.

Em consonância com as citações dos autores em tela (1994, p. 42), algumas vezes as condições de trabalho — fruto de sua organização — submetem o trabalhador, somática e psicologicamente, a situações adversas e podem gerar risco de descompensação.

É importante destacar que a organização do processo de trabalho em saúde é estruturada a partir de uma política pública de Estado (que de forma alguma está isenta das pressões de mercado), cujas inovações gerenciais e tecnológicas passam por um crivo político, estando sob influência das pressões da sociedade civil e dos diversos interlocutores da sociedade de consumo (PIRES, 1999, p. 34).

1.1.3 Trabalho de enfermagem

O trabalho da enfermagem é efetuado por uma equipe que realiza tarefas distintas pelo grau de formação de cada trabalhador. Constitui-se de enfermeiro que possua nível superior, técnicos de enfermagem com formação técnica em nível médio (segundo grau completo) e auxiliares de enfermagem — que são profissionais formados por curso específico após completar o primeiro grau (PIRES, 1999, p. 40). As ações dessas três categorias são atribuídas e regidas pela Lei do Exercício Profissional nº 7498/86.

Segundo Pires (1999, p. 32), ao enfermeiro compete ser o “detentor do saber e controlador do processo do trabalho de enfermagem, cabendo aos demais trabalhadores de enfermagem o papel de executores de tarefas delegadas”.

Almeida e Rocha (1997, p. 18) afirmam que “o trabalho da enfermagem é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho das atividades para promover, manter ou recuperar a saúde”.

Pires (1999, p. 39), atribui à enfermagem a responsabilidade do cuidado direto ao paciente, integral, biológica e socialmente, e o identifica como fruto do trabalho, envolvido em dois campos de atividades: “cuidados e procedimentos assistenciais e o da administração da assistência de enfermagem e do espaço assistencial.”

1.2 **Abordagem metodológica**

1.2.1 Tipo de estudo

Este é um estudo de perspectiva histórico-social, cujo recorte temporal abrange o período de 1990 a 1999. Os marcos inicial e final correspondem à implantação do SUS no HMSA e o ano em que ela completou uma década.

Neste estudo, constituem-se fontes primárias:

- documentos escritos pertencentes ao Arquivo da Cidade do Rio de Janeiro, à Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, ao HMSA, à Fundação Getúlio Vargas (FGV) e à Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);
- dados do setor de Informação e Estatística do HMSA;
- depoimentos orais coletados na perspectiva da História Oral Temática através de entrevistas que seguiram um roteiro flexível, para obter informações essenciais à compreensão da situação.

De acordo com Meihy (2002, p. 15):

Atualmente a história oral já é parte integrante do debate sobre a função do conhecimento social e atua em uma linha que questiona a tradição historiográfica centrada em documentos oficiais; por isso ela é hoje inerente aos debates sobre a tendência da história contemporânea. Como pressuposto, a história oral implica uma percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado. É isso que a marca como história viva.

Para Alberti (2005, p. 29), “a história oral não é um fim em si mesma, e sim um meio de conhecimento”. Seu emprego é justificado quando inserido no contexto de uma investigação científica já previamente definida, ou melhor, com o objeto da pesquisa determinado e escolhida a abordagem sobre ele.

Tal autor (2005, p. 31) afirma ainda que a escolha dos depoentes deve ser guiada pelos objetivos da pesquisa. Sendo assim, os sujeitos do estudo são membros da equipe de enfermagem e outros atores sociais que atuaram na Emergência e no Pronto-Socorro do HMSA no período compreendido pelo recorte temporal.

As fontes secundárias foram: artigos, livros, dissertações, teses e *sites* que abordam a temática em estudo.

A pesquisa foi submetida à apreciação – ver Apêndice 1 - da presidente do Centro de Estudos e do Diretor do HMSA, Enf^a Walciléia Tulsen e Dr. Josué Kardec, respectivamente, e após obter a autorização para ser realizado nas dependências do referido hospital foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa

da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ) e aprovado em 24/03/2008 conforme protocolo no Anexo 1.

1.2.2 Caracterização do espaço físico do HMSA

Ao longo do recorte temporal deste estudo, o Hospital Municipal Souza Aguiar passou por reformas e sua capacidade aumentou para aproximadamente 534 leitos, sendo que o Pronto-Socorro e a Emergência são suas portas de entrada.

Nos seus sete andares distribuíam-se os seguintes serviços:

1º andar: Farmácia, Pronto-Socorro, Administração e Refeitório;

2º andar: Clínica Médica, Setor de Imagens (radiologia convencional, tomografia e ultrassonografia), Laboratório de Análises Clínicas e Banco de Sangue, Hemodiálise e a Emergência que se subdividia em Sala de Homens, Sala de Mulheres, Unidade de Pacientes Graves (UPG) e Sala de Trauma, além dos serviços de Educação Continuada, Centro de Estudos, Faturamento e Setor de Finanças, Serviço de Enfermagem, Serviço de Assistência Social, Serviço de Nutrição, Ouvidoria, Núcleo de Atendimento Médico ao Servidor, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), o auditório Ivo Pitanguy, com capacidade aproximada de 150 pessoas, e o gabinete da direção do hospital;

3º andar: Serviço de Urologia, Serviço de Cardiologia — composto por duas Unidades Intermediárias, três enfermarias e uma Unidade Coronariana —, enfermaria de Oftalmologia, Centro de Tratamento Intensivo Adulto (CTI-A), Centro de Tratamento Intensivo Infantil (CTI-I), Centro Cirúrgico e Central de Esterilização;

4º andar: Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Serviço de Saúde Mental;

5º andar: Cirurgia Geral, Centro de Tratamento de Queimados, Enfermaria de funcionários, Pequena Cirurgia e o Serviço de Endoscopia, além de um auditório com capacidade aproximada para 30 pessoas;

6º andar: Ortopedia, Policlínica e o Serviço de Fisioterapia;

7º andar: Serviço de Pediatria, compreendendo enfermarias de internação para tratamento clínico, cirúrgico, neurocirúrgico e um centro de tratamento de queimados.

Anexo ao HMSA funcionavam: o Necrotério, o Serviço de Anatomia Patológica e a Capela.

1.2.2.1 O Pronto-Socorro e a Emergência

A classificação do *atendimento* ao paciente sugere uma diferença quanto à existência ou não de risco de vida, com base na definição de Gomes (2004, p. 4) para as unidades de emergência, e é inerente à função do tipo de unidade de atendimento, podendo ser de emergência ou de urgência.

O atendimento de emergência pode ser definido como o conjunto de ações aplicadas para recuperar pacientes cujos agravos à saúde necessitam de intervenção imediata e *apresentam risco de morte*, ameaçando as funções vitais e que, com o passar do tempo, reduzem as chances de recuperação do paciente. O atendimento de urgência pode ser definido como as ações aplicadas para recuperar pacientes cujos agravos à saúde necessitam de intervenção imediata, porém não há ainda perigo iminente de falência das funções vitais.

Sendo assim, o objetivo da unidade de emergência é prestar atendimento aos pacientes que apresentam agravos à saúde e requerem cuidados imediatos — médicos e de enfermagem —, com qualidade, eficiência e segurança, além de promover meios para uma assistência contínua.

As unidades de emergência, como já citado anteriormente, características próprias de hospitais de grande porte, habitualmente dispõem de instalações que permitem a permanência do paciente por até 48 horas, assim como de recursos que atendam às exigências do socorro imediato, seguindo as normas e padrões de serviços de saúde do MS.

O Ministério da Saúde (1985, p. 32) define os procedimentos dos serviços de emergência, tendo como critérios a gravidade e a complexidade do caso a ser tratado:

- urgência de baixa e média complexidade: quando não há risco de vida;
- urgência de alta complexidade: não há risco de vida, porém o paciente apresenta um quadro crítico ou agudo;
- emergência: casos em que há risco de vida.

Nos casos de urgência de baixa e média complexidade, de urgência de alta complexidade e de emergência, o Ministério da Saúde (1985, p. 33) determina os seguintes procedimentos:

1. fazer triagem para os atendimentos;
2. prestar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante;
3. fazer higienização do paciente;
4. realizar procedimentos de enfermagem;
5. realizar atendimentos e procedimentos de urgência;
6. prestar apoio diagnóstico e terapêutico por 24h;
7. e manter em observação o paciente por período de até 24h.

(MS, 1985, p. 33)

1.2.2.2 Pronto-Socorro (PS)

O PS do HMSA sempre funcionou no andar térreo do hospital. Nele eram realizados os atendimentos de Clínica Médica e de Traumato-Ortopedia. Contava com salas para sutura, drenagens de abscessos e de curativos, sala de gesso e sala de medicação, onde eram executadas as prescrições médicas.

No PS havia salas para as especialidades médicas de cirurgia vascular, neurocirurgia e cirurgia plástica, destinadas ao atendimento dos pacientes já submetidos a procedimentos cirúrgicos no HMSA, e que necessitavam de acompanhamento nos períodos de pós-operatório imediato e mediato.

No PS ocorria também atendimento de Pediatria, em uma ala separada, composta por duas salas: de avaliação médica e para medicação, independentes dos espaços destinados aos adultos. Somente os atendimentos ortopédicos ocorriam em um espaço comum para os adultos e as crianças.

1.2.2.3 Emergência

A emergência ficava localizada no 2º andar do hospital, e era composta por Sala de Homens, Sala de Mulheres, Unidade de Pacientes Graves, Sala de Ressuscitação e Sala de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. Também neste andar havia uma Emergência Pediátrica.

Possuía ainda sala de ECG e de acomodações de descanso para a enfermagem, dotada de uma sala com dois sofás e um aparelho de televisão e, para o enfermeiro plantonista, uma segunda sala, menor, com uma mesa e uma cadeira.

Na emergência encontrava-se ainda salas para a guarda dos pertences dos pacientes que chegavam desacompanhados e para o Serviço Social, além de um

depósito de material e medicamentos, que abastecia todos estes setores.

A localização no segundo piso do hospital deixava a emergência próxima ao Laboratório de Análises Clínicas, do Serviço de Imagens (Raios X, Tomografia Computadorizada e Ultrassonografia) e da Hemodiálise.

Por fim, a emergência dispunha de uma pequena enfermaria com seis leitos, com um posto de enfermagem exclusivo, para abrigar pacientes com risco alto de contágio, como, por exemplo, portadores de tuberculose pulmonar bacilíferos.

1.3 Os sujeitos

Nas entrevistas, buscou-se as informações de uma prática que fez parte da rotina dos depoentes deste estudo; como afirma Alberti (2005, p. 32), “uma entrevista de história oral permite reconstruir decursos cotidianos, que geralmente não estão registrados em outro tipo de fonte.”

Foram entrevistados seis atores sociais que atuaram no pronto-socorro e na emergência do HMSA no período que compreende o final da década de 1980 e os anos subsequentes — em que ocorreram as mudanças relativas ao sistema de saúde em vigência. Dentre eles, cinco eram membros da equipe de enfermagem, sendo três enfermeiros e dois auxiliares de enfermagem; o sexto elemento trabalhou nas salas de atendimento de emergência na equipe de serviços gerais.

Esses atores trouxeram contribuições fundamentais para esta pesquisa através da descrição das mudanças ocorridas em suas condições de trabalho com processo de implantação do SUS.

1.4 Procedimentos de coleta de dados

Para alcançar essas descrições, foi utilizado um roteiro de entrevistas que continha questões relativas a situações existentes antes e depois da implantação do SUS, como era o processo de trabalho no PS e na Emergência e como as

mudanças ocorridas foram percebidas pelos entrevistados (Apêndice 3).

Os depoimentos foram gravados em gravador digital e transcritos a seguir. Para isto, os sujeitos do estudo assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido — ver Apêndice 2 —, de acordo com a Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cabe aqui uma breve descrição dos seis participantes do estudo, classificados com o pseudônimo Entrevistado(a), seguido de um número sequencial.

- Entrevistado 01: Enfermeiro formado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), tem MBA em Gestão em Saúde pela Universidade Cândido Mendes (UCAM). Servidor público da Secretaria Municipal de Saúde desde 1976. Atuou no HMSA no período de 1987 a 1994, como enfermeiro-plantonista da emergência e enfermeiro-chefe do Centro de Tratamento de Hemorragia Digestiva (CHD). Atualmente é professor do Curso de Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida e Diretor Geral do PAM Oswaldo Cruz, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- Entrevistada 02: Auxiliar de Enfermagem formada em 1983, pelo Curso Bezerra de Araújo. Admitida à Secretaria Municipal de Saúde em 1989, sob regime de CLT, no Hospital da Lagoa, que à época estava sob a tutela do Ministério da Saúde. Foi efetivada como servidora pública em 1991, ao término do contrato do Hospital da Lagoa com a Prefeitura e transferida para o HMSA, já que este era a única opção de lotação dada para os servidores na época. Atuou na emergência durante três anos. Hoje atua na Unidade Coronariana do mesmo hospital e cursa o último ano do Curso de Direito do Centro Universitário Augusto Motta (SUAM).
- Entrevistada 03: Auxiliar de Enfermagem formada em 1985, pelo Curso Bezerra de Araújo. Admitida na Secretaria Municipal de Saúde em 1988, sob regime de CLT, no Hospital Geral de Bonsucesso que, à época, estava sob a tutela do Ministério da Saúde. Foi efetivada como servidora pública em 1990, ao término do contrato do Hospital Geral de Bonsucesso. Nesse período, optou pelo HMSA e foi lotada na emergência, lá permanecendo por dez anos. Hoje atua na Unidade Coronariana do mesmo hospital.
- Entrevistada 04: Auxiliar de Serviços Gerais, foi admitida na Prefeitura do Rio de Janeiro em 1988 sob regime CLT, através da Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB). Iniciou seus trabalhos como varredora de rua, tendo sido

transferida para limpeza hospitalar em 1991, quando a COMLURB foi selecionada para esta função, inicialmente no HMSA e posteriormente em outros hospitais da rede municipal. Lotada no HMSA, trabalhou na limpeza do pronto-socorro e da emergência, durante um ano; depois foi para outros setores por conta do rodízio obrigatório. Atualmente trabalha no CTQ do mesmo hospital.

- Entrevistada 05: Enfermeira formada pela Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense. Lotada no HMSA desde 1984, como enfermeira contratada sob o regime CLT, prestou concurso público em 1986, quando foi efetivada como servidora pública. Atuou como enfermeira plantonista do CTI durante um ano e meio e depois foi transferida para a emergência, onde permaneceu por quatro anos; em seguida, foi para Central de Material Esterilização, chefiou a Unidade Coronariana e depois foi para Supervisão de Enfermagem, onde ainda atua.
- Entrevistada 06: Enfermeira formada pela Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Possui especialização em Gestão Hospitalar pelas Faculdades Integradas de Jacarepaguá. Lotada no HMSA desde 1988, atualmente é Chefe de Serviço de Enfermagem da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e professora do Curso de Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida.

1.5 Análise dos dados

O tratamento dos dados inclui análises quantitativas e qualitativas, de acordo com sua natureza. A classificação foi feita a partir das estruturas de relevância apreendidas na ordenação das informações, pela incidência de ênfase em determinados aspectos da realidade.

Os dados quantitativos que tratavam do número de atendimentos do Pronto-Socorro Adulto, Pronto-Socorro Infantil e da Emergência e ainda do número de cirurgias eletivas e de urgência realizadas no período de 1990 a 1999 foram expressos de acordo com a estatística descritiva, que segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 312):

é utilizada para descrever e sintetizar os dados. As médias e porcentagem são exemplos de estatística descritiva. Quando índices são calculados com os dados numéricos de uma população, são denominados de parâmetros [...] A maior parte das questões científicas é sobre parâmetros; os pesquisadores fazem cálculos estatísticos para estimá-los.

Suas organização e demonstração se deram através de tabelas que mostram a mudança no número de atendimentos na década do recorte do estudo.

Os dados qualitativos foram abordados com análise temática cujo conceito central, conforme o próprio nome, é o tema (GOMES, 2007, p. 86).

De acordo com Gomes (2007, p. 86), “esse comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase um resumo.” Gomes (2007) cita ainda Bardin (1979), que classificou a análise temática⁴ como uma das técnicas da análise de conteúdo que visava a uma descrição objetiva, sistematizada e quantificada do conteúdo manifestado através da comunicação. Portanto, utilizar a análise temática “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.” (BARDIN, 1979, p. 105).

Assim, os dados qualitativos foram compilados por categorias que se relacionam (GOMES, 2007, p. 88). As cinco categorias de análise e interpretação emergiram dos achados, com base tanto nas fontes secundárias como no referencial teórico sobre processo de trabalho, com destaque para os conceitos de condições de trabalho e de organização do trabalho, segundo Dejours, e são: 1) condições de trabalho no PS e Emergência, 2) conhecimento do processo de implantação do SUS no HMSA, 3) influência do SUS no aumento da demanda, 4) relacionamento da equipe com os usuários após a implantação do SUS e 5) mudança do perfil nos atendimentos na Emergência, conforme mostra o Quadro 1 a seguir.

⁴ O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis (BARDIN, 1979, p. 105).

Quadro 1: Construção das Categorias de Análise

TEMAS	Nº de UR	% de UR	CATEGORIAS	Nº de UR por CATEG.	% de UR por CATEG.
1. Pessoal de enfermagem	9	8,6	Condições de trabalho no PS e Emergência	34	32,6
2. Material e instalações	13	12,5			
3. Segurança	8	7,7			
4. Integração das equipes multiprofissionais	4	3,8			
5. O que é o SUS?	3	2,9	Conhecimento do processo de implantação do SUS no HMSA	20	19,1
6. Divulgação do SUS	6	5,7			
7. Planejamento para implantação	6	5,7			
8. Pessoal e material alocados	5	4,8			
9. Aumento do número de atendimentos	9	8,6	Influência do SUS no aumento da demanda	15	14,3
10. Aumento do número de encaminhamentos de outras unidades	6	5,7			
11. Triagem	5	4,8	Relacionamento da equipe com os usuários após a implantação do SUS	19	18,3
12. Assistência no PS e Emergência	14	13,5			
13. Emergências <i>versus</i> Atendimentos ambulatoriais	9	8,6	Mudança do perfil nos atendimentos na Emergência	16	15,3
14. "Porta aberta"	7	6,7			
TOTAIS	104	99,6		104	99,6

Fonte: Modelo elaborado pela Dr^a Denize Cristina de Oliveira. Faculdade de Enfermagem /UERJ.

2 O CONTEXTO DE SAÚDE PÚBLICA QUE ANTECEDEU O SUS

Cabe aqui um breve exame do contexto em que se gestaram tanto as ações de saúde pública voltadas para a profilaxia e promoção da saúde, como as destinadas ao atendimento médico-hospitalar, de natureza secundária e terciária, e que culminaram com a criação do SUS.

A cidade do Rio de Janeiro passou por várias mudanças em seu quadro sanitário, desde o final do século XIX e início do século XX, até a década de 1980 — quando o país emergia dos anos mais severos da ditadura para uma transição de retorno à democracia.

A ex-capital imperial e depois capital da república, assim como as outras cidades do país, passou por profundas modificações com a estruturação das redes de assistência hospitalar e dos institutos de assistência previdenciária. Estes, iniciados em 1923 com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), evoluíram com os sucessivos governos até serem unificados em 1966, durante a ditadura militar, em uma instituição única, de abrangência nacional: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

O INPS mantinha a lógica discriminatória da assistência de saúde e previdenciária apenas à parcela de trabalhadores incluídos na chamada economia formal, que possuíam contratos de trabalho amparados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)⁵, com carteira de trabalho assinada e com descontos em seus vencimentos para a previdência e assistência social.

Dessa forma, configurava-se o direito de atendimento nos hospitais públicos federais, estaduais ou municipais, somente para os brasileiros que já estavam empregados por empresas, através de contratos de trabalho considerados formais. A imensa parcela de trabalhadores informais ou de desempregados recebia atendimento, por caridade, em instituições filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia.

O INPS foi dividido em dois segmentos: o Instituto de Administração da

⁵ Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) – criada através do Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943 e sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas, unificando toda legislação trabalhista então existente no Brasil. Seu objetivo principal é a regulamentação das relações individuais e coletivas do trabalho, nela previstas. Foi assinada em pleno Estádio de São Januário (Club de Regatas Vasco da Gama), que estava lotado para a comemoração da assinatura da CLT.

Previdência Social (IAPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A este coube o financiamento e a gestão da assistência médica, bem como a seleção, contratação e pagamento dos provedores de serviços em nível federal.

Essas medidas centralizaram nesta única agência federal todos os recursos e o real poder que permitiram ao INAMPS definir de fato as prioridades da política de saúde, que privilegiaram o modelo fortemente hospitalocêntrico, terciário, de empreendimentos privados subsidiados pelas verbas federais. O sistema hospitalar privado, a indústria farmacêutica e a de equipamentos hospitalares tiveram expressiva expansão a partir da década de 1970, estimulando a criação de um ator de grande relevância na estrutura de assistência de saúde do país: o sistema hospitalar privado, organizado em associações nacionais (ARRETCHE, 2005, p. 288).

A insuficiente atenção dada aos hospitais públicos, sua superlotação crônica, suas permanentes carências de materiais e de pessoal geravam na população em geral, e na classe média em particular, insatisfação com as políticas públicas de assistência de saúde. Associado a isto havia a isenção fiscal do total dos gastos em saúde, que incluía o pagamento de planos privados de seguro de saúde, subsídios que estimularam de forma determinante a instalação da indústria de planos de saúde.

A classe média, as categorias mais organizadas de trabalhadores e os empregados das empresas estatais passaram a ter seus próprios planos de saúde, e, em conseqüência, demonstram pouco ou nenhum interesse em mudanças nas políticas assistenciais.

Os trabalhadores menos organizados, os das atividades rurais e os que se incluíam no mercado informal ou desempregados, careciam de suficiente organização política para pressionar por reformas em âmbito nacional. As propostas que abrigaram as mudanças na direção das amplas reformas necessárias à implantação de um novo e mais justo sistema de assistência de saúde foram formuladas e conduzidas por um movimento conhecido como movimento de reforma sanitária.

O estado ditatorial era fortemente repressivo, incluindo o que dizia respeito às tentativas de mudança nas políticas de saúde, mormente quando elas dirigiam-se para uma abordagem claramente socialista da assistência, segundo uma visão mais

abrangente da sociedade, contrária à prática estatal privatizante e claramente hospitalocêntrica, que dirigia os recursos disponíveis para o financiamento das empresas privadas de prestação de assistência de saúde.

O Sistema Nacional de Saúde implantado pelo regime militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização da assistência à saúde.

Durante esse período, as discussões sobre as necessidades de reformas no sistema de saúde ocorriam literalmente às escondidas, principalmente nas universidades, e nestas, nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) das faculdades de medicina. Os DMPs iniciaram a acumulação organizada de conhecimentos que permitiu as reflexões sobre necessidades de mudanças nas políticas de saúde, no processo já mencionado e denominado de Reforma Sanitária (ESCOREL, 2005, p. 65).

No final da década de 70 iniciou-se a transição política para o regime democrático, dando voz às discussões para reformar o sistema de saúde, permitindo maior desenvoltura ao movimento de Reforma Sanitária nas universidades, que enfatizava os conceitos de atenção primária à saúde.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico no início da década de 70 como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época — o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Em meados da década de 70 ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS. Em 1979 o general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de completar a abertura política (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 71).

As políticas de saúde vigentes enfatizavam a medicalização e a assistência à saúde, permitindo, preferencialmente, a implantação de sistemas privados de cunho fortemente assistencialista e individualista, em detrimento das ações dirigidas à criação e reforço das medidas de apoio à saúde coletiva. As formulações propostas por sanitaristas identificados com o projeto nacional desenvolvimentista do período anterior à tomada de poder pelos militares eram rejeitadas (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 67).

Apesar da evolução do processo de transição política (de ditadura militar para a democracia), o conceito de atenção à saúde ainda eram fragmentado, haja vista existirem dois ministérios diferenciados para tratar de vertentes distintas, é verdade,

porém de um mesmo macroaspecto — a saúde pública brasileira.

Em 1978, acontece a I Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, que em um dos itens de sua declaração afirma que “os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais.”

A declaração de Alma-Ata manifestava também a conceituação de saúde abraçada e divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que amplificava a abrangência da definição, considerando que ter saúde passava a ser não somente não estar doente, mas também ter atendidas as exigências psicológicas (espirituais), sociais e econômicas de cada um, transformando o atendimento à saúde no mais importante item das agendas de quaisquer governos comprometidos com a melhoria das condições de vida de suas populações.

A declaração de Alma-Ata teve acolhimento entusiasmado entre os propugnadores da reforma sanitária no Brasil, que teriam grande influência na formulação dos conceitos que culminaram com a construção e organização do futuro SUS.

Em outubro de 1979, realizava-se, em Brasília, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde, com cerca de 900 participantes (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 71).

Ainda de acordo com tais autores (2005, p. 72), em 1979, o Movimento de Reforma Sanitária deu um grande passo em direção à mudança no referido simpósio, realizado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados, tendo como legítimo representante o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES).

As conclusões desse Simpósio indicaram unanimemente um empresariamento da medicina, tendo, dentre as inúmeras recomendações se destacado: a instituição de um sistema único de saúde, integrando todos os serviços públicos de saúde; a reorientação da aplicação de recursos, dirigindo-se maior soma para a expansão da rede básica de saúde; o fortalecimento do setor público, assumindo o setor privado, progressivamente, um caráter supletivo e a instituição de mecanismos para um efetivo controle de saúde por parte da população (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 72).

Esse simpósio representou uma posição de condenação ao modelo vigente, centrado nos cuidados hospitalares de caráter lucrativo. O movimento sanitário,

naquela ocasião, tornou pública uma proposta de reorganização do sistema de saúde que, à época, foi também denominado Sistema Único de Saúde⁶ (FONTINELE JR., 2008, p. 55).

Tais propostas não foram consideradas pelo Governo, mas a reforma ganhou força alimentada pelos movimentos populares e pela atuação de seus militantes em nível parlamentar e em algumas instituições de saúde (FONTINELE JR., 2008, p. 60).

De acordo com este autor, “o agravamento da crise do sistema de saúde previdenciário, as iniciativas de extensão de cobertura assistencial nos níveis estadual e municipal são reforçadas pelo discurso oficial.”

Fontinele (2008, p. 62) afirma ainda que, o próprio governo construiu um plano visando à reorganização da assistência à saúde e que este continha características muito semelhantes ao projeto sugerido pela Reforma Sanitária, que previa a implantação de uma rede de serviços básicos, direcionava para a descentralização do setor, confirmava a participação popular e integrava os Ministérios da Saúde e Previdência. Discutido em 1980, este projeto – chamado de Prev-Saúde – foi suprimido e não saiu da gaveta.

A partir do início da década de 1980, era grande a insatisfação com o modelo de assistência à saúde, somando-se à profunda crise que envolvia praticamente todos os setores do Estado, comprometendo seriamente as relações econômicas e sociais, fruto do esgotamento da liquidez internacional (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.73).

Naquela época, no cenário nacional, eclodiu também a crise da Previdência Social, conseqüente à incapacidade do modelo vigente em atender toda a população carente de assistência, grande parte dela não ligada à economia formal, sem direito, portanto, ao atendimento pela rede hospitalar, o que gerava mais pressão sobre as instâncias de governo responsáveis pela rede de assistência à saúde, ao mesmo tempo em que ensejava a aglutinação e a organização das forças que se opunham a tal modelo, liberadas para fazê-lo com o fim da ditadura.

⁶ De acordo com Fontinele JR. (2008, p. 55), a idéia do Sistema Único de Saúde já previa os conceitos e universalização, integralidade das ações, participação popular e extensão das ações de atenção primária como Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que foram implementadas em áreas rurais do Nordeste e o Projeto Montes Claros em Minas Gerais.

A década de 1980 inicia-se com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modelo oficial de atenção à saúde caracterizam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, universalização dos serviços, defesa do caráter público do sistema de saúde e a descentralização.

Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que elaborou um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, conhecido como plano CONASP, que incorporou diversas propostas da Reforma Sanitária (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 73).

Scorel, Nascimento e Edler (2005, p. 75) afirmam que o plano CONASP “resgatava alguns princípios existentes no Prev-Saúde”, desenvolvendo-se em três blocos: o primeiro concentrava gastos e projetava a substituição do sistema de pagamento dos gastos médicos por Guias de Internação Hospitalar (GIH), que fazia a remuneração de procedimentos isolados, por um novo sistema que pagaria por procedimentos mais agregados através das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH); o segundo referia-se à reorientação das estratégias de programas de saúde mental e odontologia, entre outros, através da acurácia técnica, e o último bloco tratava da racionalização dos serviços assistenciais, corrigindo-os e aprimorando-os, além da criação do projeto Racionalização Ambulatorial.

A efetivação desse plano aconteceu estrategicamente, a partir da otimização da relação com os serviços ambulatoriais privados e do Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais)⁷, que se constituíram na primeira experiência de um sistema mais articulado e integrado.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) propiciaram o surgimento das Comissões Inter-institucionais de Saúde (CIS), os embriões dos atuais Conselhos de Saúde e foram a base para a implantação, mais tarde, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a primeira aproximação estratégica para Sistema Único de Saúde (SUS). As AIS concretizaram-se através de convênios assinados na maioria dos estados brasileiros, entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS), da Saúde (MS), da Educação e Cultura (MEC) e as secretarias estaduais de Saúde,

⁷ Embora com muitos problemas em seu processo de implantação as AIS representaram avanços e enrijeceram a rede básica ambulatorial através das: contratação de recursos humanos, revisão das atividades dos serviços privados, articulação com serviços municipais e participação popular na gestão dos serviços (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 76).

com a progressiva participação dos municípios.

Os governos estaduais eleitos em 1982, especificamente nos estados em que a oposição foi vitoriosa, possibilitaram a rápida celebração dos convênios das AIS e, em maio de 1984, todos os estados brasileiros já a haviam adotado (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 76).

A distensão política iniciada com o governo do general Geisel ampliou-se no governo subsequente, do general João Baptista Figueiredo, de tal modo que, após 20 anos de sucessivos governos militares, com eleições realizadas ainda pelo método indireto imposto pela ditadura, em 1984 foi eleito para a presidência da república Tancredo de Almeida Neves, civil, representante do partido da oposição.

O presidente Tancredo Neves não foi empossado no cargo por ter adoecido gravemente e falecido em 21 de abril de 1985. Assim, assumiu a presidência seu vice-presidente, José Sarney de Araújo Costa, que encabeçaria o primeiro governo pós-ditadura militar.

Neste ambiente de renascimento democrático, ávido por mudanças, em março de 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, presidida pelo médico sanitarista Antonio Sergio da Silva Arouca, talvez o mais importante propugnador da Reforma Sanitária e Presidente da FIOCRUZ. O referido evento teve grande representatividade das pessoas interessadas nas questões da saúde, sendo a primeira conferência em que 50% dos participantes eram os usuários do sistema de saúde, convidados a participar a partir da sociedade civil. As conclusões da VIII Conferência exerceram influência determinante tanto sobre o Poder Executivo, quanto sobre o Congresso Nacional, em plena discussão da nova Constituição Federal (SCOREL e BLOCH, 2005, p. 97).

No que dizia respeito ao Executivo, o INAMPS adotou medidas que ampliaram o leque das categorias de pacientes potenciais, terminando a exigência da carteira de segurado para se prestar o atendimento na rede hospitalar própria e conveniada (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 78).

Scorel, Nascimento e Edler (2005, p.79) afirmam que o passo seguinte remonta à Nova República. Durante o período de funcionamento do Congresso

Constituinte⁸, através do Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

O SUDS iria transferir recursos aos estados e municípios que se propusessem a criar conselhos municipais ou estaduais de saúde e elaborassem planos municipais nessa área (MELO, 1993, p. 133 *apud* COSTA, 2002). Esse processo descentralizador culminou com a municipalização dos serviços de atendimento.

As diretrizes do SUDS assumiam: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de Recursos Humanos (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994, p. 88).

No ano de 1988, foi promulgada uma nova Constituição Federal, que em seu artigo 198 assim se referia à definição do SUS:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II – atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 196).

O SUS foi definido como o conjunto de ações e serviços de saúde que seriam oferecidos a todos os brasileiros, indistintamente, por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada participaria em caráter complementar (BRASIL, 1988, *op. cit.*). O SUS fundamentou-se nos seguintes princípios doutrinários:

- **Universalidade** - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- **Equidade** - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida; e

⁸ Na gestão do Ministro da Previdência e Assistência Social Raphael de Almeida Magalhães (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 79).

- **Integralidade** - significa considerar a pessoa como um todo; as ações de saúde devem procurar atender a todas as suas necessidades.

Desses princípios doutrinários derivaram alguns princípios organizativos:

- **Hierarquização** - entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência;
- **Participação Popular** - a democratização dos processos decisórios consolidada na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;
- **Descentralização Política Administrativa** - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando os municípios os gestores administrativos e financeiros do SUS (POLIGNANO, 2004, p. 22).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentou as ações de saúde no âmbito do SUS, com diretrizes para seu gerenciamento e descentralização, definindo: assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; controle e fiscalização de alimentos, água e bebidas para consumo humano; orientação familiar; participação na área de saneamento; participação na preparação de recursos humanos; saúde do trabalhador; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; e vigilância nutricional.

A referida lei atribuiu como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços, e vedou o exercício de cargos de chefia ou função de confiança no SUS aos proprietários, administradores ou dirigentes de entidades filantrópicas e privadas com fins lucrativos. Tratou da gestão financeira, estabelecendo que os recursos fossem provenientes do orçamento da seguridade social, condicionando a existência de uma conta específica para os recursos da saúde e a fiscalização da movimentação bancária pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). Garantiu a gratuidade das ações e serviços e dos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados (POLIGNANO, 2004, p. 25).

Esta lei também definiu os critérios para a transferência de recursos, perfil demográfico e epidemiológico, características quantitativas e qualitativas da rede, desempenho técnico e econômico-financeiro no período anterior e nível de participação orçamentária para a saúde. Estabeleceu, ainda, que o Plano Municipal de Saúde (PMS) seria a base das atividades e da programação de cada nível de

direção do SUS (POLIGNANO, 2004, p. 28).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, instituiu, entre outras providências, as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera do governo, além de ter condicionado o recebimento de recursos financeiros à existência de um Conselho Municipal de Saúde, agindo de conformidade com a legislação.

O INAMPS foi extinto em 1993 pela Lei nº 8.689, praticamente três anos depois da Lei nº 8.080, que deu início às normas para a efetiva implantação do SUS (POLIGNANO, 2004, p. 27). Apesar De sua extinção, permaneceu a mesma lógica de financiamento e alocação de recursos financeiros para prover as necessidades do SUS, o que não evitou que o MPAS deixasse de repassar para o MS recursos da Previdência Social, criando uma enorme defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade de fundos para atendê-la (PEREIRA, 2006, p. 28).

De acordo com Polignano (2004, p. 32), devido à abrangência dos objetivos propostos, associada aos desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não foi uniforme em todos os estados e municípios brasileiros. Esta uniformidade dependia da disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política em nível federal, estadual e municipal para sua viabilização.

Ugá e Marques (2005, p. 230) ressaltam que o SUS tem sido criticado ao longo dos anos e que tais críticas apontam para o fracasso do sistema vigente. No entanto, os autores destacam que os percalços encontrados pelo SUS, ao longo de sua trajetória, principalmente no quesito financiamento, não têm relação direta com o modelo assistencial e sim com fatores extrassetoriais, como a política de ajuste econômico.

3 A EMERGÊNCIA E O PRONTO-SOCORRO DO HMSA E A IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES DO SUS

No início da década de 1990, com a eleição de Fernando Collor de Mello para a Presidência da República, uma política neoliberal-privatizante foi instituída de forma incisiva, cujo discurso era limitar os gastos públicos com a privatização de empresas estatais. Na prática, a redução de gastos atingiu todos os setores do governo, inclusive o da saúde.

Arretche (2005, p. 295) diz que Collor “não sentia simpatia pelos projetos de descentralização”, incluindo-se dentre estas as medidas descentralizadoras previstas para a implantação do SUS, e que seu objetivo era manter ampliação do controle (do governo federal) sobre os municípios e estados. A autora afirma ainda que o presidente buscou alcançar sua meta nomeando para ministro da saúde Alcení Ângelo Guerra⁹, que usaria a postergação da descentralização como estratégia. O processo decisório no governo Collor estava obstruído aos reformadores e às autoridades sanitárias locais. Sob pressão do movimento sanitário e de alguns políticos favoráveis à descentralização, e opositores do governo, o então ministro foi demitido em 23 de janeiro de 1992.

Após comprovação de corrupção no governo Collor, estabelecida por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Congresso Nacional, apresentada através de um relatório ao país aos 29 de setembro de 1992, foi solicitado o *impeachment* do presidente da república. Afastado pela câmara dos deputados e sob pressão da sociedade civil, o presidente Fernando Collor renunciou em dezembro de 1992, mas, mesmo assim, teve seus direitos políticos cassados por oito anos. Foi substituído interinamente em 2 de outubro de 1992 pelo vice-presidente Itamar Franco, que permaneceu no governo até 1995 (LATTMAN-WELTMAN, CARNEIRO e RAMOS, 1994, s/p.).

O novo presidente nomeou como ministro da saúde o médico Jamil Haddad¹⁰; a partir deste momento, os reformadores progressistas passaram a ocupar posição privilegiada no Ministério da Saúde. Foi organizada uma comissão denominada

⁹ Ex-funcionário do INAMPS.

¹⁰ O Dr. Jamil Haddad tinha fortes laços com o movimento sanitário e com autoridades locais de saúde.

Grupo Especial de Descentralização (GED), integrada por representantes do MS e autoridades da Saúde dos estados e municípios com objetivo de criar uma nova Norma Operacional Básica (NOB), que substituiu a NOB 91 elaborada durante o governo Collor (ARRETCHE, 2005, p. 297).

A nova NOB, de 1993, permitiu que estados e municípios assumissem as atividades de saúde que escolhessem, de acordo com as opções de habilitações oferecidas pelo MS – que eram classificadas como: *condição semiplena*, *condição parcial* ou *condição incipie* (ARRETCHE, 2005, p. 297).

Estas três opções correspondiam a uma escala de atividades e funções em grau crescente de complexidade, da provisão de serviços de atenção básica à contratação e pagamento de rede hospitalar. Estados e municípios podiam escolher qual nível de complexidade eram capazes de cumprir e deviam demonstrar sua capacidade para tal (ARRETCHE, 2005, p. 297).

Levcovitz, Lima e Machado (2001, p. 273), afirmam que “o intenso processo de descentralização nos anos 90 (após a renúncia de Fernando Collor), foi bastante orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas do SUS”.

Pode-se, assim, entender as NOBs como um conjunto de instrumentos utilizados para regulação do processo de descentralização que tratam, primordialmente, da divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Tais “aspectos são relevantes para a implementação de políticas de abrangência nacional em um país com federalismo em construção e um sistema tributário ainda relativamente centralizado” (LEVCOVITZ; LIMA e MACHADO, 2001, p. 273).

A primeira NOB foi editada em 1991 para regulamentar o artigo 35 da Lei nº 8.080, que normatizava o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc. Esta normatização redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte, vigorando até hoje.

Menicucci (2007, p. 304), afirma que na maior parte dos estudos realizados sobre o processo de implantação do SUS destaca-se “a questão do financiamento” como ponto de afinamento do sistema único, à medida que seu “subfinanciamento”

não estaria subsidiando a implantação dos princípios da constituição, o que não permitiria nem acesso universal nem ampliação da rede prestadora.

Ainda de acordo com Menicucci (2007, p. 304):

[...] na medida em que a implantação do SUS coincide com uma conjuntura de crises e reformas econômicas, os efeitos das políticas de ajuste dos anos 90 e o contexto nacional e internacional de reordenamento do papel do Estado e de crítica às políticas universalistas tendem a ser vistos como responsáveis pelos estrangulamentos no processo de implantação da política constitucionalmente definida, e justificam tanto subfinanciamento quanto os incentivos à privatização.

A demora na regulamentação do texto da constituição não ocorreu ao acaso, pois, além da oposição à implantação do SUS dentro do governo Collor, havia também divergências de operacionalização do novo sistema, o que levou à promulgação da lei orgânica da saúde somente dois anos após a da Constituição. Assim, o Executivo deu início ao processo de operacionalização do SUS somente em 1992 (MENICUCCI, 2007 p. 307).

É importante destacar que a primeira alocação de recursos feita pelo Ministério da Saúde, como gestor federal do SUS, baseou-se, fundamentalmente, na situação deixada pelo INAMPS¹¹ (SOUZA, 2002, p. 14).

De acordo com as apreciações de Souza (2002, p. 15), a manutenção do INAMPS e de sua lógica de financiamento não evitou que, a partir de maio de 93, e, portanto, pouco antes da sua extinção, o Ministério da Previdência Social deixasse de repassar para o Ministério da Saúde recursos da previdência, criando uma enorme defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária.

Os anos de 1993 e de 1994 foram de grandes dificuldades para o SUS, pela falta de uma fonte de financiamento que garantisse recursos para honrar os compromissos resultantes das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde (SOUZA, 2002, p. 16).

3.1 Situação funcional e organizacional do Pronto-Socorro e da Emergência do HMSA

11 Como resultado da capacidade instalada dos serviços de saúde, construída ao longo do tempo para atender à população previdenciária, e carregou consigo uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados pois, agora, a assistência passava a ter um caráter universal (SOUZA, 2002, *op. cit.*).

A partir de 1975, o Hospital Souza Aguiar passou para a esfera municipal. Antes desta data, integrava o conjunto de hospitais da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Guanabara. Entretanto, independentemente da esfera do poder público à qual pertencia sua administração, o hospital sempre fez jus ao título de grande emergência. Mesmo ostentando duas greves em seu histórico, e algumas paralisações para reivindicação de melhores condições de trabalho, suas portas nunca se cerraram.

As fontes primárias, assim como experiência própria, revelam que, para ser atendido no PS ou na Emergência do HMSA, o paciente passava por uma triagem, que configurava a gravidade de seu estado de saúde para então encaminhá-lo ao setor apropriado. Este local de atendimento se constituía de um guichê que se abria para a parte externa do hospital. Nos momentos de maior demanda, formava-se uma fila, habitualmente organizada pelos próprios pacientes. Nesta fila permaneciam aguardando o atendimento de pé, uma vez que este pequeno espaço de recepção não dispunha de assentos.

De acordo com Rogers (1992, p. 13), a triagem realizada nos serviços de emergência é uma variação daquela feita pelos serviços militares em caso de desastres, e pode ser entendida como “processo de distribuição ou classificação de pacientes de acordo com as necessidades para o tratamento de emergência e potencial de danos adicionais”.

Sabbadini e Gonçalves (2002, p. 6) referem-se à área de triagem como uma “instalação essencial”, já que o atendimento qualificado aos pacientes começa ali, mediante “avaliação cuidadosa e hierarquização das necessidades.” A condução adequada desse atendimento representa eficiência e agilidade no serviço.

Rogers (1992, p. 13) afirma ainda que, para estabelecer um sistema de triagem, existem vários fatores que devem ser considerados, dentre eles: o número de atendimentos realizados diariamente no serviço de emergência, o horário de maior procura, o número de pessoal qualificado para realizá-la e a presença de ambulatório de pronto atendimento ou outras áreas de referência fora do serviço de emergência.

Cabe destacar a importância dos serviços de triagem e alguns de seus objetivos: avaliar o paciente imediatamente em sua chegada ao hospital, obter o relato da queixa atual, priorizar e agilizar o atendimento dos pacientes graves, instituir intervenções terapêuticas e de diagnóstico (ROGERS, 1992, p. 14).

David (2005, p. 1) menciona a necessidade de uma porta de entrada qualificada capaz de integrar a atenção frente às demandas no atendimento de urgência e emergência.

No setor público, a necessidade de manutenção de uma porta de entrada qualificada e integrada na atenção de urgência e emergência, tem determinado uma discussão em torno da regulação, como conceito relacionado à capacidade de resposta frente às demandas de saúde, e como instrumento de ordenação e orientação da assistência, em seus diversos níveis (DAVID, 2005, p. 1).

No HMSA, até o ano de 1996, a triagem era realizada por funcionários administrativos, que desempenhavam papel de recepcionistas e faziam o primeiro contato com o paciente que buscava o hospital. Estes funcionários realizavam tanto o atendimento no guichê do pronto-socorro como o encaminhamento para a grande emergência, como mencionado no depoimento a seguir:

[...] quando o PA [Pronto Atendimento, termo que a entrevistada utiliza para referir-se ao Pronto-Socorro] começou a ter médico, não tinha triagem; quem fazia mesmo [a triagem] era o administrativo fazendo o boletim, mas não fazia de fato [...] (Entrevistada nº 05)

Ainda segundo Rogers (1992), o sistema de triagem feita por um funcionário burocrata, passa longe do ideal, pois cabe a este o julgamento de queixas e problemas essencialmente técnicos, médicos, para a avaliação das dificuldades dos usuários e a tomada de decisão em relação à caracterização do tipo de atendimento a ser dado. A triagem exige pessoal qualificado para efetuar efetivamente uma avaliação pronta, extremamente objetiva, com a rapidez suficiente para não agravar a situação de saúde do paciente, porém sem prejuízo da qualidade necessária para identificar minimamente o problema de saúde de modo a orientar a busca do melhor pronto atendimento que o sistema possa oferecer. O profissional a cargo desta função, portanto, necessariamente deve ser um médico ou um enfermeiro.

No ano de 1996, a recepção ao paciente passou a ser feita por um enfermeiro. Habitualmente, o enfermeiro escalado para esta função não recebia qualquer tipo específico de treinamento ou era considerada sua experiência profissional na área. Rogers (1992) afirma que a triagem “deve ser dada a um enfermeiro com mais de dois anos de experiência clínica” e que este profissional deve receber treinamento permanente sobre tal atividade e a tomada de decisões.

[...] só teve enfermeiro na triagem na época do Doutor Louderol, acho que em... não sei. Minha filha nasceu em 91, deve ter tido enfermeiro na triagem em 95/96, porque aí foi formada a equipe da triagem, clínico, assistente social e enfermeiro; até então não existia nada disso. (Entrevistada nº 05)

A área de triagem é uma instalação essencial, onde deve iniciar-se o bom atendimento aos pacientes através de avaliação cuidadosa e estabelecimento das prioridades. A condução satisfatória desse processo pode ser determinante em um serviço eficiente no sentido de agilizar o atendimento; porém, no HMSA, a escalção do enfermeiro na triagem dependia principalmente da necessidade de serviço. Quando o enfermeiro lotado no PS faltava, remanejava-se um outro setor para suprir esta ausência.

Pelos dados coletados, observou-se que, durante o serviço diurno, o setor de triagem contava com uma enfermeira para o turno da manhã (coloquialmente chamada de “manhista”), no horário de 07:00 as 13:00 horas e que assumia a função de chefe da equipe de enfermagem do pronto-socorro. Suas atribuições estavam relacionadas à administração do setor como, por exemplo, checar a escala de pessoal e solicitar remanejamentos quando necessários, organizar a escala de férias, prever e prover material, servir de elo entre o pronto-socorro e a chefia de enfermagem do hospital.

Além dela, havia mais dois enfermeiros plantonistas que cumpriam turnos de 12 horas, e um “tardista”, que permanecia das 13:00 às 19:00 horas. Para o serviço noturno eram escalados dois plantonistas, que se revezavam durante o “horário de descanso”, isto é, a partir de meia-noite, até às 06:00 horas.

O primeiro atendimento se dava à janela daquele guichê de triagem. Separados por barras de ferro verticais de uma grade, e por alguns centímetros de distância, enfermeiro e paciente estabeleciam seu primeiro contato. O profissional indagava então a queixa principal do paciente e avaliava seu grau de urgência. As figuras 3 e 4 retratam as filas formadas para atendimento na triagem do PS/HMSA.



Figura 3: Fotografia da fila formada para atendimento na triagem do Pronto-Socorro (*Fonte: Jornal do Brasil de 02/02/1999*).



Figura 4. Fila para a triagem no Pronto-Socorro do HMSA (*Fonte: Jornal do Brasil de 02/02/1999*)

Por exemplo, o paciente informava estar sentindo muita dor no peito, tipo opressão, irradiada para o membro superior esquerdo; se o paciente no momento do atendimento aparentava sinais de gravidade, como sudorese, palidez e dispnéia,

com ele ainda de pé, era aprofundado o questionamento para estratificar a gravidade do caso. Se o enfermeiro constatava tratar-se de uma emergência, o paciente recebia uma ficha de atendimento para a Clínica Médica que especificava a prioridade que o caso devia ter. Este paciente não aguardaria na fila e teria acesso imediato ao atendimento médico.

Caso houvesse constatação de uma urgência, o paciente receberia também uma ficha de atendimento, porém aguardaria na fila a chegada de sua vez para ser atendido pelo médico.

A ficha fornecida aos pacientes funcionava como uma autorização. Assim, de posse dela, ele tinha acesso ao interior do hospital, mais especificamente à sala de atendimento médico do PS.

Quando o enfermeiro julgava não haver nenhum caráter de urgência ou de emergência no quadro exposto, o paciente recebia uma guia de referência para ser encaminhado ao atendimento ambulatorial mais próximo de sua residência.

Esta guia deveria ser preenchida pela Assistente Social em uma pequena sala, localizada no mesmo pátio do guichê de triagem, ainda do lado externo do hospital.

David (2005, p. 1) refere que o direito universal ao acesso à saúde em qualquer situação de urgência/emergência “deveria ser uma questão sobre a qual não haveria nenhuma dúvida”.

Embora este direito seja, em essência, indiscutível, a atenção de urgência/emergência pode se constituir em espaço de conflitos e contradições, já que a discussão sobre o que é ou não uma situação clínica de ameaça à vida nem sempre está isenta de complicadores (DAVID, 2005, p. 2).

A avaliação sobre ser ou não uma emergência deveria obedecer a critérios objetivos. Entretanto, no momento da triagem, tal ação é fundamentada em aspectos subjetivos. De acordo com os dados obtidos, constata-se que muitas dificuldades emergiam deste ato, uma vez que pacientes que se julgavam acometidos por males graves, frequentemente não estavam nesta condição. Consideravam-se mal atendidos por não terem tido contato com um médico, por suas queixas estarem sendo menosprezadas, atribuindo tal tratamento desqualificado e discriminativo ao fato de serem pobres, engendrando-se uma situação rapidamente geradora de tensões, angústias e revolta.

Muitos pacientes e seus acompanhantes recebiam a notícia do encaminhamento para outra unidade com frustração, que na maioria dos casos

gerava reações de agressividade para com o profissional que realizava a triagem, suscitando desde xingamentos, passando por arremessos de objetos variados, até ameaças de morte e tentativas reais de agressão com armas brancas e mesmo armas de fogo.

A experiência profissional na triagem do Pronto-Socorro do HMSA é marcante, bem como a lembrança da sensação de desconforto e ameaça com que era recebida a designação para esta tarefa, face às dificuldades e riscos vivenciados no desempenho da função.

Os enfermeiros atuavam na assistência direta ao público, fazendo a triagem, e também nas salas do pronto-socorro — quando os auxiliares se deparavam com problemas que extrapolavam suas esferas de competência.

Por vezes, os auxiliares não conseguiam resolver problemas de abastecimento de material ou mesmo de atendimento aos pacientes sem supervisão do enfermeiro, principalmente quando se tratava da realização de procedimentos mais complexos, como cateterismo vesical, punções venosas mais difíceis, cateterização nasogástrica ou nasoenteral e assistências a procedimentos cirúrgicos emergenciais.

O paciente que adentrava o hospital para ser atendido era examinado pelo médico, que solicitaria os exames que julgasse necessários para definir o(s) diagnóstico(s). De posse dos resultados, o paciente era medicado no próprio PS e permanecia em observação em uma cadeira ou maca por algumas horas, até receber alta ou ser encaminhado para internação hospitalar, para dar continuidade ao tratamento.

Esta sequência de eventos não ocorria isenta de percalços. Era frequentemente permeada por graus variáveis de tensão e angústia causados pelos agravos à saúde da pessoa atendida, e, também, por demoras no atendimento, desconforto, falta de acomodações minimamente apropriadas, desinformação etc. Some-se a esses motivos a ausência de meios materiais e humanos, a impossibilidade de dar o atendimento adequado, quando, por exemplo, não havia um cirurgião vascular disponível para prover o tratamento especializado a uma emergência vascular grave.

Como, também frequentemente, não havia vagas disponíveis nas clínicas, o paciente era encaminhado para uma das salas da emergência, a fim de aguardar vaga na clínica onde deveria permanecer hospitalizado.

Quando o paciente chegava ao hospital gravemente ferido, ou apresentava instabilidade em seus sistemas orgânicos com iminente risco de morte, era encaminhado à sala da grande emergência, no 2º andar, mais especificamente para a sala de ressuscitação, onde recebia o primeiro atendimento e, dependendo de seu estado, era destinado para um dos serviços que dispunham de unidades de cuidados intensivos (CTI, UC, CTQ), Centro Cirúrgico ou para a Unidade de Pacientes Graves, que integrava a própria emergência.

Nestes setores, o Pronto-Socorro e a Emergência, em que se desenrolava a assistência multidisciplinar propriamente dita no primeiro atendimento aos que procuravam o HMSA, a enfermagem desempenhava papel de fundamental importância, ora preparando os pacientes para os exames médicos ou para os procedimentos de tratamento, criando condições para procedimentos cirúrgicos, realizando os curativos e as medicações prescritos, executando os procedimentos invasivos ou não e monitorando a evolução dos parâmetros clínicos.

A execução de todos esses processos era realizada principalmente pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. O enfermeiro encarregado pela triagem, como já mencionado, era também responsável por supervisionar as salas de atendimento no Pronto-Socorro.

Na Emergência havia o enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem da Emergência, um enfermeiro em uma unidade de pacientes graves (somente no turno da manhã), mais três enfermeiros que se dividiam para a assistência nas diversas salas – Sala de Homens, Sala de Mulheres, Ressuscitação, Pediatria e o Isolamento – tanto para o Serviço Diurno quanto Noturno. Além destes, para cada sala, era escalado um número médio de sete a oito auxiliares e técnicos de enfermagem.

Rotineiramente, o diarista e um dos três enfermeiros plantonistas permaneciam na unidade de pacientes graves da Emergência, enquanto os outros dois atuavam nas salas de homens e de mulheres e revezavam a supervisão da assistência de enfermagem nas demais salas.

Os concursos municipais para enfermeiros e auxiliares de enfermagem, dentro do recorte temporal deste estudo, tinham como fim prover pessoal para a rede hospitalar. Foram realizados em 1995 e 1998, e basicamente preencheram lacunas deixadas por funcionários que haviam se aposentado ou falecido; logo, foram substituições – e não acréscimo de pessoal.

No HMSA, a Chefia de Enfermagem, com todo o pessoal de enfermagem sob

sua égide, encontrava-se subordinada à Divisão Médica. A esse respeito, é interessante notar que o organograma do hospital que foi fornecido pelo Setor de Informação e Estatística não identifica a referida chefia em qualquer dos seus campos, embora este seja um setor que funcione com autonomia técnica, e relativa autonomia administrativa dentro da instituição, com uma estrutura organizacional vasta, que alcança, literalmente, todos os espaços da unidade hospitalar.

O mencionado Setor de Informação e Estatística informou ainda, verbalmente, que a Chefia de Enfermagem fazia parte dos Serviços de Apoio Técnico, setor este integrante da Divisão Médica. Entretanto, no organograma fornecido não consta qualquer identificação, ou referência, a uma Chefia de Enfermagem.

Outro aspecto também digno de nota é o fato de que todos os cargos de chefia médica, de clínicas e serviços, assim como os chefes de equipe das equipes da emergência, recebiam uma gratificação sobreposta aos vencimentos, enquanto as funções de chefia de enfermagem, isto é, enfermeiros responsáveis pelas clínicas e setores fechados (CTI, Unidade Coronariana, Centro Cirúrgico, CTQ, Unidade de Pacientes Graves (UPG), por exemplo), não tinham suas atividades de chefia reconhecidas como tais pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e por consequência, não recebiam qualquer acréscimo em seus vencimentos.

Essas situações ilustram uma postura que, de longa data desvaloriza a enfermagem. Ferro, Lourenço e Filho (2006, p. 492) mencionam que, apesar da intensa participação da enfermagem na reforma sanitária que culminou com a criação do SUS, o reconhecimento governamental e institucional continua restrito à medicina, claramente evidenciado pelos citados autores quando relatam o fato da acumulação de cargos, por exemplo, ser autorizada para médicos, porém proibida para as demais profissões, dentre elas a enfermagem.

Assim, não causa qualquer surpresa que a implantação de uma ambiciosa e inovadora política de saúde como a concebida para o SUS, não tenha sido acompanhada por uma política de recursos humanos que complementasse os quadros de pessoal com os acréscimos de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, em número e em aprimoramento técnico, minimamente suficientes para acompanhar a elevação da demanda que se constatou, após 1992, nos setores do Pronto-Socorro e da Emergência do HMSA (ver tabelas 1, 2 e 3).

Esta combinação de demanda elevada e insuficiência de pessoal, carência de material e instalações inadequadas, agravou sobremaneira as deficiências da

instituição e comprometiam o atendimento, engendrando a agudização da crise, que se cristalizou em outubro de 1994. A mídia escrita veiculou notícias quase diariamente, com reportagens nos principais jornais que repetidamente apontavam casos de atendimentos em condições inteiramente antiéticas, assim como divulgava a insatisfação e a grande evasão dos médicos face aos baixos salários pagos pelo município.

Manchete de O Globo, na página 9, da edição do dia 10/10/94: “Souza Aguiar tem pacientes até na pia”. A notícia informava que “apesar de ter sido um domingo calmo na avaliação dos funcionários, o Hospital Souza Aguiar tinha ontem à tarde três pacientes deitados em pias e um no chão” (Figura 5).



Figura 5: Notícia publicada no jornal.
(Fonte: O Globo, de 10 de outubro de 1994)

Na mesma data, o Jornal do Brasil publicava a manchete: “Médico escolhe quem morre no Souza Aguiar”, seguida de um subtítulo: “Hospital que tem a maior emergência da América Latina e atende 1200 pessoas por dia, faz 84 anos em estado de calamidade”. A reportagem, do mesmo modo que a de O Globo, informava da grande insatisfação com as precárias condições de trabalho e com os salários extremamente defasados, levando a uma diminuição crítica do número dos médicos, principalmente em especialidades fundamentais para um hospital de

emergência (como anestesistas). Com isso, restringiu-se sobremaneira a capacidade resolutive da instituição, por impedir que um número maior de cirurgias pudesse ser realizado.

Em 11/10/94 o jornal O DIA noticiava: “Souza Aguiar fecha portas para 600”. Na seqüência, informava que, de cada mil pacientes atendidos diariamente, 600 eram “transferidos de todos os cantos do Estado do Rio de Janeiro” (Figura 6).

6 - O DIA CIDADE RIO DE JANEIRO, terça-feira, 11 de outubro de 1994

Souza Aguiar fecha portas para 600

A partir de hoje, o maior hospital de atendimento de emergência da América Latina, o Souza Aguiar, no Centro, vai manter as portas fechadas para os cerca de 800 pacientes transferidos de todos os cantos do estado do Rio de Janeiro que buscam atendimento na unidade, diariamente. Os médicos vão priorizar o atendimento aos 400 pacientes que chegam, todos os dias, da própria área do Hospital Centro e adjacências. “Dos transferidos, só poderemos receber aqueles que correm risco de vida”, disse o diretor do HSA, Paulo César Moreira, ao sair de reunião de três horas com o secretário municipal de Saúde, Ronaldo Gazolla, no fim de semana pelo Sindicato dos Médicos, os profissionais de saúde que ocupam cargos de chefia e direção do HSA não entregaram carta de demissão ao secretário em sinal de protesto pela falta de recursos humanos na unidade. Das dez mortes diárias de pacientes na emergência, quatro ocorrem devido ao atendimento inadequado, segundo o Sindicato.

A prefeitura vai entrar com representação judicial contra os governos estadual e federal e outros municipais, caso os hospitais destas redes continuem transferindo para nós pacientes em excesso, de casos sem gravidade. A sobrecarga é o maior problema de Souza Aguiar. Nessa decisão de restringir a entrada não resolve o problema da crise do setor, mas é um começo”, ameaçou Gazolla. O Sindicato dos Médicos discordou da opinião do secretário. “O problema é falta de pessoal, resultado dos baixos salários. Só no mês de agosto, dois médicos do HSA pediram exoneração e nove abandonaram o emprego. Não podemos exigir comparecimento de residência do paciente que chega. O secretário devia pedir demissão, pois admitiu não conseguir resolver o problema da falência da saúde”, disse o secretário-geral do Sindicato, Jorge Darze.

A tarde, o Sindicato entrou com notícia-crime na Procuradoria de Justiça do Estado, para responsabilizar Gazolla e o prefeito César Maia pelas mortes de pacientes, causadas pela falta de capacidade de atendimento. A prefeitura espera solucionar a falta de pessoal com concurso público, que tem edital divulgado em quinze dias.

Funcionários terão adicional de 40%

O secretário municipal de Saúde, Ronaldo Gazolla, assegurou ontem que o próximo contrato que dos servidores da saúde virá com acréscimo de produtividade sobre o salário de carreira, em função da emergência, terá mais de 40% de adicional.

Prefeito não vê problemas

O prefeito César Maia, que parou de desconhecer o drama enfrentado por funcionários e pacientes de alguns hospitais do Rio, não esconde ter US\$ 60 milhões em caixa - garantiu ontem.



Um quadro dramático e corriqueiro: pacientes deitados sobre mesas, à espera do atendimento que não vem

UM HOSPITAL PEDE SOCORRO

O MAIOR PRONTO-SOCORRO DA AMÉRICA LATINA AGONIZA

NÚMERO DE PACIENTES TRANSFERIDOS DE OUTRAS UNIDADES (De cada 1 mil atendidos diariamente)

1992	325
1993	450
1994	600

PRINCIPAIS ÁREAS DE TRANSFERÊNCIA

REDE ESTADUAL
Hvenital Getúlio Vargas (Pádua)

CASOS CLÍNICOS

	julho	agosto
Emergência	3.273	3.365
Pronto Socorro Adulto	14.736	14.074
Pronto Socorro Infantil	6.212	5.349
TOTAL	24.221	22.788

1º ANDAR
Almoxarifado, farmácia, refeitório

2º ANDAR
Emergência, rai X, ortopedia, laboratório, gabinete do diretor

3º ANDAR
Centro cirúrgico, CTI, urologia, centro de doenças coronarianas e controle de material

4º ANDAR
Pediatria e neurocirurgia

5º ANDAR
Clínica geral e de

Figura 6: Notícia publicada no jornal O DIA, em 11/10/94. (Fonte: Jornal O DIA, de 11/10/94)

Por sua vez, na mesma data, o Jornal do Brasil estampava que “Souza Aguiar só receberá paciente grave”. O subtítulo explicativo subsequente dizia que “Decisão foi tomada pelos médicos e o secretário de Saúde, que ameaçou ir à justiça para evitar transferências de outros hospitais”.

O jornal O Globo, na publicação do dia 16/10/94, trazia a manchete: “Paciente morre sem socorro na pia do Hospital Souza Aguiar enquanto aguardava a desocupação de uma das três salas de cirurgia ainda em funcionamento no hospital”. De acordo com as informações veiculadas pela reportagem, um ano antes, o HMSA tinha 43 anestesistas, ficando este número reduzido para somente 13, pois 30 haviam pedido demissão pelos salários muito baixos. Das 12 salas do centro cirúrgico, nove encontravam-se desativadas por deficiência de equipamentos e

instalações, além da falta de profissionais.

Dois dias depois, o mesmo jornal publicava: “Obras no Souza Aguiar estão paradas”, informando que as reformas do centro cirúrgico e de outros setores do hospital encontravam-se paralisadas.

A situação deteriorou-se até alcançar um ponto de tensão tal que o então diretor da unidade, Dr. Paulo Cesar Afonso Ferreira, secundado por outros 48 médicos que ocupavam cargos de confiança (chefes de clínicas e serviços), solicitaram ao Secretário Municipal de Saúde, Ronaldo Gazzola, exoneração coletiva, afirmando que as condições de trabalho eram impróprias para o atendimento, além dos salários serem extremamente baixos, conforme noticiado pelo jornal O Globo de 21/10/94.

Essas informações colhidas dos jornais publicados em 1994 permitem inferir as difíceis condições de trabalho experimentadas na emergência do HMSA à época, com repercussões sobre as atividades desenvolvidas pela enfermagem, que tinha o primeiro contato com um público extremamente carente e, de certa maneira, prevenido contra o hospital e seus integrantes.

As almejadas universalidade, equidade e integralidade da assistência, princípios básicos norteadores das diretrizes do SUS, de indiscutível valor humanístico e em tudo condizentes com a moderna conceituação de saúde oriunda da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, de setembro de 1978, requeriam planejamento e destinação de recursos que não tiveram para sua efetiva implementação. Mesmo seis anos após a criação do SUS pela carta magna de 1988, a consequência mais perceptível pelos integrantes das equipes multiprofissionais da emergência do HMSA era exclusivamente um significativo aumento na demanda por atendimentos, sem que houvesse ocorrido as ações preparatórias prévias para acolher este público.

4 REPERCUSSÕES DA IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES DO SUS NA EMERGÊNCIA E NO PRONTO-SOCORRO DO HMSA

4.1 O SUS e sua influência no aumento da demanda para o HMSA

Nas últimas duas décadas do século XX, houve um acelerado processo de urbanização que reorganizou a população brasileira — estendendo-se às características sociais e culturais — e hoje, mais de 80% da população reside nas cidades (NORONHA, PEREIRA e VIACAVA, 2005, p. 153).

A urbanização favoreceu, através dos meios de comunicação, a divulgação de informações sobre os fatores que incidem sobre uma melhor ou pior qualidade de vida, enfatizando que, para conseguir um melhor patamar desta qualidade, uma exigência fundamental é o alcance de boas condições de saúde. Este último preceito é amplitude da conceituação emersa da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978, em Alma Ata, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (NORONHA, PEREIRA e VIACAVA, 2005, p. 153).

Um dos efeitos da maior facilidade de acesso às informações associada à divulgação acima, sobre melhores condições de qualidade de vida, foi o aumento da demanda por serviços de atenção à saúde, não importando se o serviço procurado era uma instituição destinada a ser basicamente ambulatorial ou ao atendimento referenciado, para procedimentos eletivos, ou se era destinada primordialmente ao atendimento de emergências.

Bittencourt e Hortale (2007, p. 931), em seu artigo sobre a qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos no município do Rio de Janeiro, afirmam que 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.

Embora, no seio da equipe de enfermagem e médica, seja clara a diferença entre atendimento emergencial e outros, de caráter não-emergencial, tal consciência não parecia sedimentada na população, que passou a procurar os serviços de emergência, inclusive este setor do HMSA, Conforme os dados obtidos no setor de estatística deste hospital, houve registro de um significativo aumento no número de

atendimentos nos anos que se seguiram à implantação do SUS, expressivamente superior ao aumento populacional do município do Rio de Janeiro.

Noronha, Pereira e Viacava (2005, p. 154) afirmam que, apesar de indivíduos que fazem parte das camadas mais desprovidas de recursos financeiros se localizarem nas periferias, houve melhoria do acesso aos serviços de saúde. A constatação destes autores encontra perfeita ressonância nas estatísticas do HMSA, como demonstrado nas Tabelas 1, 2 e 3.

As condições de trabalho, que foram especificamente observadas durante os atendimentos realizados no ambiente onde se desenvolveu a pesquisa, sofreram importante influência de fatores externos (situação histórico-geográfica, econômica, política e social da instituição) e de fatores internos (diretamente dependentes da estrutura organizacional) do HMSA, significativamente impactados pela implantação do SUS.

Procurando-se entender o grande aumento da demanda, é possível identificar que o entendimento equivocado do conceito de universalidade da assistência, constitucionalmente prevista para ser provido pelo SUS, associado à escassez de oferta de serviços de saúde, levou às salas da emergência um grande número de pacientes que não apresentavam problemas de saúde que realmente necessitassem este tipo de atenção emergencial. Na verdade, a conceituação do SUS não contemplou, em termos práticos, a criação e expansão de uma estrutura para oferecer cuidados primários de saúde. As instituições existentes destinavam-se à assistência terciária, com pouca ou nenhuma assistência primária e secundária, e rapidamente tiveram seus setores de emergência e pronto-socorro, suas portas de entrada, invadidas por todo e qualquer caso entendido como um agravo à saúde, fossem estes reais ou imaginários, graves ou não, emergenciais ou não.

Esta situação, além de desvirtuar a finalidade do serviço e sobrecarregar os profissionais que nele trabalhavam, causava prejuízos ao atendimento adequado dos pacientes realmente acometidos por ameaças emergenciais à saúde.

Como ilustrado na Tabela 1, a seguir, observa-se um significativo aumento de 78,9% no número total de atendimentos (PS adulto + PS infantil + Emergência) do ano de 1990 para 1993 (165756 atendidos em 1991 e 296631 atendidos em 1993), sem que as estruturas do hospital acompanhassem tal evolução, quer nos recursos de pessoal, de material ou de segurança. Este intervalo foi estabelecido para avaliação por compreender o último ano que precede a instalação do SUS, 1990, e o

primeiro ano de atendimentos após sua implantação, 1993.

Tabela 1: Movimento anual de atendimentos na Emergência e Prontos-Socorros do HMSA, nos anos de 1990 a 1993

	PS ADULTO	PS	EMERGÊNCIA	TOTAL
1990	104900	41392	19464	165756
1991	147882	39246	28369	215497
1992	176103	60116	35137	271356
1993	193294	67648	35689	296631

Fonte: Setor de Estatísticas do HMSA

Por outro lado, corroborando a impressão de que a implantação do SUS foi realmente responsável pelo significativo aumento na demanda na Emergência do HMSA, constata-se que, após 1993, o movimento permaneceu relativamente estável, com variação para cima de apenas 10,9%, ocorrida nos seis anos subsequentes, com 329109 pacientes atendidos em 1999, conforme é visível na Tabela 2.

Tabela 2: Movimento anual de atendimentos na Emergência e Pronto-Socorro do HMSA, nos anos de 1993 a 1999.

	PS ADULTO	PS INFANTIL	EMERGÊNCIA	TOTAIS
1993	193294	67648	35689	296631
1994	144262	60755	35062	240079
1995	183648	68265	27140	279053
1996	215804	75203	28111	319118
1997	185581	79643	31114	268344
1998	199865	83639	23908	307412
1999	229694	81137	18278	329109

Fonte: Setor de Estatísticas do HMSA

Outra possibilidade para explicar o exagerado aumento de 78,9% na demanda da emergência do HMSA do ano de 1993 em relação ao ano de 1990, teria sido um inusitado aumento da população do município do Rio de Janeiro. Esta hipótese não encontrou respaldo nas estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – que mostram em 1991 uma população de 5.480.768

munícipes no Rio de Janeiro e de 5.551.538 em 1996, configurando um aumento populacional de apenas 1,29% em cinco anos (IBGE, 1996).

Juntamente com este significativo aumento de demanda, as estatísticas sugerem também uma mudança qualitativa quando se observa a variação nos tipos de cirurgias realizados no HMSA no período de 1990 a 1999, resumidas na Tabela 3.

Tabela 3: Comparativo dos crescimentos nos números das cirurgias de urgência e eletivas realizadas no período de 1990 a 1999.

	URGÊNCIA	ELETIVAS
1990	2788	255
1991	2881	796
1993	3423	2321
1995	2558	1320
1996	4059	1657
1997	4191	3107
1998	4591	3353
1999	4884	3697

Fonte: Setor de Estatísticas do HMSA

O crescimento registrado de 1990 a 1993 nas cirurgias *eletivas* é de 810% (255 para 2321, respectivamente), enquanto de 1993 a 1999 variou em 59,2% (2321 para 3697, respectivamente). Comparativamente, a variação registrada nas cirurgias de urgência nos mesmos períodos foi: de 22,7% no intervalo 1990 a 1993 (2788 para 3423, respectivamente) e de 42,6% no período de 1993 a 1999 (3423 para 4884, respectivamente).

Os dados acima sugerem uma grande aceleração no crescimento das cirurgias eletivas no término do período de implantação do SUS, comparado ao crescimento das cirurgias de urgência, que também aumentaram em número, mas em um ritmo expressivamente menor (810% de crescimento de cirurgias eletivas e 22% de cirurgias de urgência). Nos seis anos subsequentes – 1993 a 1999 –, observa-se crescimentos no número de ambos os tipos de cirurgias, porém não tão díspares.

O rápido aumento de cirurgias eletivas reforça a impressão de que a implantação do SUS implicou alteração do perfil da instituição, modificando seu caráter de uma unidade destinada primordialmente às emergências e urgências, para uma unidade hospitalar de grande porte do tipo de um hospital geral. A consequência imediata foi a redução da disponibilidade de leitos nas clínicas cirúrgicas que seriam ocupados por pacientes procedentes da emergência, que passaram ter a competição, por assim dizer, dos casos eletivos, perdendo espaço precioso para dar seguimento ao fluxo de atendimento emergencial.

Chama a atenção na Tabela 3 a ausência de dados relativos às cirurgias realizadas nos anos de 1992 e 1994. Este lapso deve-se a um fato, relativamente prosaico, ocorrido no setor de informática do HMSA: todos os dados referentes àqueles anos se perderam por uma pane ocorrida no disco rígido do servidor, que armazenava estas informações.

Embora não incluídas na destinação original, quando da criação do hospital, várias clínicas mantinham um atendimento ambulatorial, que se intensificou ao longo do tempo. Isso porque o HMSA passou a oferecer cursos de residência médica e de enfermagem, os quais preveem um treinamento que inclui em seus currículos, além do ensino do atendimento às emergências, o aprendizado nos campos não-emergenciais das várias especialidades. Como tais aspectos constituem a maior parte das atividades médicas e de enfermagem de um modo geral, uma parcela significativa dos recursos destinados à manutenção e aprimoramento dos setores de emergência do HMSA foram redirecionados para prover seu funcionamento, em um cenário de distribuição de recursos previamente já escassos, e custos de equipamentos e medicamentos crescentes.

Estas dificuldades foram bem apontadas por Castro (2002, p. 25) para quem a universalização do acesso aos serviços de saúde significou uma grande ampliação da cobertura, possibilitando a redistribuição da oferta de serviços de saúde a todos os membros da sociedade. Entretanto, havia um desafio implícito do provimento dos recursos materiais e de pessoal para garantir atendimento minimamente qualificado ao incremento de demanda que tal ampliação causaria.

Portela (2005, p. 3) afirma que este problema persiste até hoje no quadro atual do SUS, em que se pode observar a superlotação dos hospitais e, conseqüentemente, das emergências, onde é muito frequente encontrar cidadãos

com agravos que poderiam ser tratados na rede de postos e centros de saúde, ou pela atenção básica.

Na concepção deste autor, o “hospital passa a ser o centro do sistema de saúde”, quando deveria existir uma porta de entrada capaz de prevenir, identificar e tratar precocemente as doenças para, dessa forma, reduzir a sobrecarga da atenção hospitalar muito mais onerosa (PORTELA, 2005, p. 3).

A opinião do autor reforça a das entrevistadas, como nos depoimentos a seguir:

Mas no início, ah, o Souza Aguiar agora tem SUS, vinha gente de muito lugar. Muito assim: de Niterói, ninguém passava pelo Antonio Pedro — vinha direto para cá, porque a gente achava que era assim, o paciente recebia um encaminhamento, mas nunca vinha [antes do SUS]; por conta do SUS, já vinha direto. (Entrevistada nº 05)

[...] o número de atendimentos aumentou [...] (Entrevistada nº 06)

É importante considerar que a ampliação da rede assistencial proposta pelo SUS, não ocorreu concomitantemente à sua implantação. Ela foi gradual, fator este que também contribuiu para o aumento da demanda no HMSA, pois a variedade de especialidades médicas que havia no hospital também era um grande atrativo para o público.

[...] depois que foi implementado o SUS, recebemos pacientes até de Paracambi, porque no Souza Aguiar, a gente não rejeitava nada, vinha pulando de hospital em hospital e a gente atendia tudo, até gestante, eu me lembro que veio gente até do Acre [...] (Entrevistada nº 05).

Os números fornecidos pelo setor de estatística do HMSA, agrupados nas Tabelas 1, 2 e 3, evidenciam um incremento de 73% nos atendimentos realizados pela emergência no primeiro ano após a implantação do SUS. O aumento populacional registrado no censo realizado pelo IBGE, em 1996, já referido anteriormente, foi de apenas 1,29% em cinco anos, absolutamente insuficiente para explicar a concomitante elevação no número de atendidos na emergência.

Esse fato foi percebido pelas entrevistadas e expresso, peculiarmente, como se segue:

De 1991 a 1995 houve um aumento no número de atendimentos, sabe, por que era alta rotatividade, era muita gente, a gente só largava aquele posto de enfermagem para lavar as mãos, preparava medicação em um quadradinho com paciente do lado (Entrevistada nº 04).

A demanda aumentou muito em relação do que tinha. A gente tinha muito, assim, pacientes da redondeza; a gente recebia de outros lugares, mas com a implementação do SUS passou a receber muito mais e também acho que aumentou com a criação das ambulâncias do bombeiro, que eu me lembro que era da mesma época, porque antes quem fazia remoção dos pacientes era o município, direto, que ia buscar o paciente em casa, não era o bombeiro e tudo mais. Era menor, imagina ambulância do Rio de Janeiro inteiro trazendo para cá, imagina? (Entrevistada nº 05)

A atenção às urgências, ao longo da existência do SUS, continuou centrada nos hospitais. O fluxo de usuários para os hospitais ainda é, em sua maioria, determinado pela procura espontânea, culminando com superlotação das salas de urgência e, conseqüentemente, com a percebida baixa qualidade da assistência prestada. Assim, ainda é a realidade da maioria dos grandes centros urbanos onde, segundo os usuários, o acesso aos recursos do SUS é difícil, as filas de espera para consultas, exames e cirurgias são longas e faltam vagas para internação, bem como pessoal capacitado (SANTOS; SCARPELINI; BRASILEIRO et al, 2003, p. 499)

Embora se preconize a assistência básica e a atenção integral à saúde como forma de prevenir doenças, na prática observa-se certa dicotomia entre o tratamento de doenças e a prevenção na saúde, não se conseguindo evitar que os indivíduos procurem os serviços de emergência em situações que poderiam ser atendidas em outros níveis de assistência.

4.2 O conhecimento do processo de implantação do SUS no HMSA

De acordo com Sawyer, Leite e Alexandrino (2002, p. 758), as demandas resultantes da busca pelos serviços de saúde são consequência de um conjunto de fatores que prevalecem na população, sendo estes de ordem social, individual e até cultural. Sendo assim, os autores supracitados julgam que o conhecimento do “padrão de utilização desses serviços se torna essencial” – uma vez que permite que a resposta à demanda seja eficaz e equânime.

Na lógica de Sawyer et al (2002, p. 758), adequada à realidade do HMSA, o desconhecimento do sistema de saúde vigente pode gerar conflito na resposta à demanda, já que, para atendê-la, é necessário saber o que a população espera encontrar.

As entrevistas realizadas evidenciam pouca ou nenhuma percepção pela equipe de enfermagem do HMSA, da importância da criação constitucional do SUS, uma vez que só se apercebiam, na verdade, das consequências do aumento da demanda. Não houve um movimento adequadamente organizado, dirigido às equipes multidisciplinares, com o fim de esclarecer e preparar a estrutura para as importantes mudanças no modelo de política de saúde da nação.

Aí, eu vou ser sincera; apareceram algumas coisas novas e tal, mas os pacientes em si continuaram do mesmo jeito. Conversaram com a gente sobre algumas mudanças, uma enfermeira responsável pelo hospital, que ia ser implantado o sistema novo e aquela coisa toda, mas no caso para nós só mudou porque começou a vir pessoal de helicóptero, porque o bombeiro já socorria o pessoal de outros municípios, já vinham particular (de meios próprios) também, a mudança em si, fizeram uma reformazinha para dizer que ampliaram o negócio, mas nem usaram (Entrevistada nº 03).

Nunca ouvi falar não, eu só via quando tinha algum exame, vamos supor – fazer eco –, alguma coisa. Aí, no papel, aparecia SUS. Ninguém explicou esse negócio do SUS não. (Entrevistada nº 02).

Nunca foi comentado aqui dentro do Souza Aguiar não. (Entrevistada nº 04).

Bem, na realidade, a gente não conseguiu identificar isso muito claramente. Por quê? O hospital acaba sendo um hospital de emergência e as pessoas que a gente recebe chegam e costumam ser atendidas, e as pessoas falam que a nossa porta é aberta. Ela não é aberta, ela é escancarada [risos] (Entrevistada nº 06).

Olha, eu me lembro que na época, nós tivemos várias palestras aqui no auditório – até mesmo para explicar finalidade e tudo mais, porque, nós tínhamos assim, no boletim já vinha dizendo a prioridade dos pacientes daqui da região no caso, mas a gente recebia vários pacientes de Niterói, Itaguaí e o SUS veio assim, vai vir dinheiro para a gente melhorar o atendimento (Entrevistada nº 05).

As falas sugerem desconhecimento dos conceitos basilares, norteadores da concepção dos princípios doutrinários do SUS, do seu processo de implantação, bem como uma percepção apenas superficial das mudanças propostas pela nova política e uma ausência de conscientização da grande tentativa de implantação de uma nova lógica no provimento da assistência de saúde pública.

Parece claro, ainda, na análise do conteúdo das entrevistas realizadas, haver a percepção muito subjetiva, por parte dos entrevistados, de um aumento na demanda, com pacientes oriundos não somente do município do Rio de Janeiro, mas também dos circunvizinhos – e mesmo dos mais diversos rincões do país –, sendo encaminhados ao HMSA; há também claras referências à piora das condições de trabalho, com, aparentemente, menos recursos materiais e de pessoal.

As observações registradas nas entrevistas dão conta de uma transição mais ou menos imposta, mas nunca compreendida no que respeita aos seus princípios e à doutrina deles oriunda. Castilhos-Velásquez (1997, p. 96) afirma que, mesmo após quase uma década de criação do Sistema Único de Saúde, o público ainda desconhecia o próprio nome do SUS e seu funcionamento.

A gente começou a ter conhecimento que tinha SUS em outros locais, mas aqui não tinha, porque me lembro que o pessoal falava assim: Ah, já tem SUS em tal local, mas aqui não tinha ainda e, na época, eu não estou lembrando quem era chefe, a gente recebeu uma circular que no

SUS, os pacientes que eram de outros municípios, o hospital ia receber verba e tudo mais (Entrevistada nº 05).

O discurso dos pacientes, não só na época, como até hoje, é de que você tem que atender porque a gente paga seu salário, é nesse sentido, não que existe, eles não falam que existe na constituinte a plataforma do SUS aquela coisa toda de saúde é um direito de todos, dever do estado, não. Eu pago seu salário, porque eu pago meus impostos, você é funcionário público tem que me atender (Entrevistada nº 06).

Nunca houve um planejamento por conta da chegada do SUS no atendimento nem na chegada de paciente nem na compra de materiais do almoxarifado, está começando acontecer agora nessa gestão, onze anos depois [...] (Entrevistada nº 06).

Segundo Machado, Monteiro, Queiroz *et al* (2007, p. 337), não se pode ser desconsiderar que o processo de implantação do SUS teve que lidar com inúmeras limitações, visto que representava uma proposta de ação renovada em saúde, quando, na verdade, os profissionais não tinham formação consoante ao modelo de promoção à saúde. Os gestores também deparavam-se com inúmeras dúvidas, ao tentar adequar a estruturação de ações básicas na área, sem dispor de recursos para tal finalidade. Assim, embora a saúde seja um direito garantido em constituição, a práxis desvela uma enorme contradição entre essas conquistas sociais estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor.

Tal realidade mobilizou, nos últimos anos, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais a estabelecerem mecanismos capazes de assegurar a concretização dessas conquistas. Várias iniciativas de mudanças nos processos organizativos dos serviços de saúde foram esboçadas; entretanto, consistiam em projetos pontuais e com resultados pouco perceptíveis pela população. Até que a estratégia utilizada pelo Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 foi idealizada, com o propósito de mudança do modelo da atenção à saúde, que passou a ter como núcleo do cuidado às famílias, sendo as mesmas abordadas e compreendidas a partir do meio em que vivem¹².

A ausência de mecanismos eficazes de regulação e ordenamento da oferta, que viabilizem o acesso e a melhor utilização dos serviços do SUS pelo usuários, nos níveis macro e micro-organizacionais, contribui de forma decisiva para a persistência de problemas relacionados à baixa eficácia do sistema de saúde brasileiro (SILVA, 2003, p. 69).

Após dez anos como enfermeira, observa-se a Enfermagem como uma profissão que possui significativo contingente de profissionais que atuam em diversos lugares, desenvolvem as mais variadas funções dentro da área da saúde. A atuação da Enfermagem no contexto brasileiro acontece, na maioria das vezes, sem que as pessoas percebam o trabalho exercido por esses profissionais e qual é o seu potencial para a implantação, manutenção e desenvolvimento de políticas de saúde, tanto em nível assistencial terciário quanto preventivo.

Com a presente pesquisa, pode-se ter a convicção de que a Enfermagem é o eixo principal para suportar qualquer política de saúde que tenha como objetivo uma assistência de qualidade. Para tal, é primordial que ocorra a divulgação irrestrita das informações necessárias, através de cursos, palestras, simpósios, congressos etc. Enfim, todos os modos de informar e continuamente reciclar as informações no seio da referida profissão, que, em última instância, será a executora final das efetivas ações das políticas de saúde.

No HMSA, como é perceptível a partir das entrevistas, o conhecimento da mudança pretendida na política de assistência à saúde foi muito superficial, sem que houvesse a necessária preparação do pessoal que viria a realizá-la.

4.3 Relacionamento da equipe com os usuários pós-implantação do SUS

É lícito observar o aumento da demanda, associado à ausência de incremento proporcional no número de atendentes na equipe multidisciplinar dos setores da emergência do hospital, assim como às dificuldades para a organização e implantação das vertentes logísticas de reposição de suprimentos, de manutenção de equipamentos (ou de sua substituição quando considerados inservíveis) e a não-melhoria das instalações. Esses fatores engendraram uma

situação de aumento das tensões, que já são habitualmente frequentes em locais destinados ao atendimento de situações graves.

A elevação do tempo de espera para o atendimento, a precariedade das instalações e a aparente “frieza” dos profissionais motivou, muitas vezes, situações em que a escalada de irritação e revolta descambou para a violência sem controle, com agressões verbais e físicas, conforme pode-se depreender nos seguintes depoimentos:

O relacionamento com o pessoal da enfermagem e o paciente era bom até determinado tempo, porque eles não aguentam esperar e não querem saber, então primeiro a enfermagem escuta [...] (Entrevistada nº 03).

Falam que você é tudo que tem direito e aí, tem uma hora que a pessoa não aguenta mais e acaba explodindo [o profissional de enfermagem que está atendendo] (Entrevistada nº 03).

“Normalidade sofrente”, conceito elaborado por Dejours (1999, p. 36), pode colaborar na retratação da compreensão da violência sofrida pelo trabalhador no ambiente hospitalar, visto que define esta normalidade como embate entre sofrimento e luta, seja individual ou coletiva, e o sofrimento no trabalho. Apesar de ser considerada pelo autor como uma estratégia de defesa, que tem como objetivo a proteção da sanidade mental, finda por deixar o indivíduo insensível ao que possa lhe causar sofrimento.

A “normalidade sofrente” pode gerar violência nos locais de trabalho, pois quando o trabalhador se insensibiliza com aquilo que lhe causa sofrimento, passa vulgarizar as situações conturbadoras em seu ambiente de trabalho. Tal situação foi expressa em depoimentos e transcrições a seguir e deixa claro que, mesmo após sofrer uma agressão, o trabalhador deve voltar a seu posto de trabalho e que isso só não será possível se ele estiver “muito nervoso”.

[...] já vi gente ser agredida com garrafa de éter, com suporte de soro, já vi aidético pegar scalp do braço para espetar na gente, já vi agressões físicas de pacientes com médicos e já foram até para delegacia prestar depoimento e logo depois voltava para o hospital para conversar com a

chefia e se não tivesse muito nervosa voltava a trabalhar (Entrevistada nº 03).

Deslandes, (2002, p. 18) afirma que há duas características básicas no processo de trabalho dos profissionais que atuam nos serviços de emergência:

- 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;
- a segunda característica está relacionada ao acolhimento realizado nas portas de entrada dos serviços de emergência, que por vezes tem funcionários que atuam no setor de segurança definindo a prioridade do atendimento.

Tal afirmação encontra ressonância na deterioração testemunhada pelos entrevistados. Por experiência própria, por vezes durante o atendimento na triagem, grande insegurança na realização desta tarefa.

Por outro lado, os enfermeiros e médicos também experimentavam tensões — por esgotamento físico e mental —, frustração por condições insuficientes para o atendimento, precariedade de segurança frente às situações de insatisfações dos pacientes — muitas vezes com agressão física. Esses fatores contribuíram, conseqüentemente, para uma deterioração da relação entre a equipe multidisciplinar, particularmente enfermeiros, médicos e os pacientes a serem atendidos, desde o primeiro contato entre ambos.

O trecho de entrevista a seguir ilustra bem o sentimento de frustração por falta de materiais minimamente necessários para um atendimento que preservasse a dignidade humana dos pacientes.

A sala mais pesada da emergência era de homens; muita vezes o trabalho da enfermagem deixava a desejar. Primeiro porque, com três ou quatro auxiliares não dava mesmo, tentava-se o máximo, dar medicação, mas não tinha nem roupa. Isso já pesa; de você fazer uma higiene e deixar ele nu em cima da maca. Mas já teve passagem de plantão com o paciente pelado porque não tem de onde tirar, só com lençol por cima. Ou você forra a maca ou cobre ele (Entrevistada nº 05).

Quando a equipe de enfermagem se vê diante dos dilemas da prática

assistencial, representado na fala anterior pela falta de material e recursos humanos, configuram-se conflitos que Dejours (1992, p. 25) descreve como sofrimento mental.

Domingos (2002, p. 80) afirma que a sobrecarga de trabalho afeta o estado hemodinâmico da equipe de enfermagem — quer seja no equilíbrio emocional, quer no equilíbrio orgânico — , gerando limitações a sua capacidade de cuidar.

[...] você tem que trabalhar com uma atenção redobrada, sendo muito pressionado, porque os parentes não querem saber se não tem lugar para sentar, aqui está apertado, que a roupa não chegou, então eu acho assim, que um hospital no centro que só vive cheio de gente de tudo quanto é canto, então a emergência não dava para suportar todo mundo, mas... dava para trabalhar e dá para se fazer alguma coisa (Entrevistada nº 06).

O ambiente de trabalho supostamente existente na emergência do HMSA à época da implantação do SUS e nos primeiros anos posteriores apresentou uma considerável piora — fruto do grande crescimento da demanda constatada principalmente de 1991 até 1993 —, sem o correspondente acréscimo nas condições da unidade - nas instalações, em número do pessoal, no material e nos equipamentos - para prover atendimento.

4.4 Condições de trabalho no pronto-socorro e na emergência do HMSA

A partir das reflexões anteriores, pode-se tentar compreender como evoluíram as condições de trabalho no setor de emergência do HMSA após a implantação do SUS.

À luz das considerações de Dejours, em suas obras sobre a Psicologia, a Psicopatologia e a Psicodinâmica do Trabalho, é correto dizer que os dados apreendidos das estatísticas e das entrevistas evidenciam, nos setores do pronto-socorro e da emergência do HMSA, o surgimento de condições de trabalho no mínimo inadequadas para a saúde dos trabalhadores de um modo geral e, especialmente, para a enfermagem. De acordo com este autor:

A centralidade do trabalho é percebida na construção da identidade, na realização de si mesmo e na saúde mental – ou mesmo na saúde somática. O trabalho é um gerador de saúde ou, ao contrário, um constrangimento patogênico. O trabalho jamais é neutro, considerado deste ponto de vista. Ou joga a favor da saúde ou, pelo contrário, contribui para sua desestabilização e empurra o sujeito para a descompensação (DEJOURS, 2008, p.140).

A afirmação de Dejours consubstancia a constatação de uma situação pouco saudável no pronto-socorro e na emergência do HMSA após a implantação do SUS. Poder-se-ia argumentar que tais condições já existiam, porém não há como ignorar que um aumento de demanda da ordem de 78,9% teve definitiva influência na deterioração daquelas condições.

Na emergência não tinha muita segurança, sempre foi precária, eles ficavam fora das salas, nos balcões, as salas superlotadas, até vir alguém... Aí, lá embaixo, sempre tem PM fazendo custódia e às vezes ajudava: deixa disso, as meninas estão trabalhando [Policia Militar (PM) falando com o agressor] (Entrevistada nº 03).

Almeida (2005, p. 26) aponta que o trabalho em condições adequadas às necessidades sociais e de proteção aos direitos e à saúde do trabalhador favorecem um ambiente mais humano – o que possibilita uma assistência mais adequada.

Quando eu cheguei na emergência, foi um grupo muito grande, foi uma confusão danada, a gente não sabia onde estava o material, batia muita cabeça, até você descobrir aquele armário ali, aquela gaveta ali é disso ou daquilo e você tinha que trabalhar e era um tempo que a emergência não tinha maca para todo mundo, a gente fazia muito atendimento no chão, na pia, então era uma correria muito grande, ficamos um pouco assustados [...] (Entrevistada nº 03).

Para Dejours (2008, p. 141), trabalho é um campo de inúmeros paradoxos. Ao mesmo tempo em que dá origem a processos de sofrimento e angústia, pode “ser também um possante instrumento a serviço da emancipação, bem como do aprendizado e da experimentação da solidariedade e da democracia.

A sala estava sempre lotada, nós fazíamos muito atendimento no chão,

na pia, no próprio balcão da enfermagem, já não havia mais lugar, não tinha quantidade porque o box era para dois e geralmente ficavam três macas, só na frente e embaixo eram onze boxes, com três pacientes. Tinha que passar todo mundo de ladinho [...] (Entrevistada nº 03).

Lunardi Filho (1995 p. 69) aborda o prazer e o sofrimento no trabalho e afirma que a deterioração das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem promovem, com frequência, o desgaste físico e mental dos trabalhadores; além disso, a sobrecarga destes profissionais não possibilita a manutenção da qualidade da assistência.

As condições de trabalho que se podem inferir da fala da Entrevistada nº 03, nos parágrafos anteriores, evidenciam uma situação de muita falta de informação, precariedade de espaço, de material e de pessoal, sempre sob muita pressão — originada tanto das próprias situações da saúde comprometida dos pacientes atendidos, como das famílias e demais acompanhantes, evidentemente angustiados e assustados em um primeiro momento, depois irritados e com raiva face às dificuldades relatadas.

[...] como não tinha trabalhado em emergência, meu primeiro dia me chocou, aquele dia me deixou um pouco assustada porque antes trabalhava na coronária, aí vi aquela correria; eu tive um impacto: eu corro ou paro? (Entrevistada nº 03).

A motivação no trabalho é uma das engrenagens possíveis de transformação do sofrimento em prazer. Quando a qualidade do trabalho é reconhecida, também todo esforço, angústia, dúvidas, desânimos adquirem sentidos.

Dejours (1994, p. 22) afirma que o trabalho não deve ser reduzido às pressões físicas, químicas, biológicas ou mesmo psicossensoriais e cognitivas que, reunidas, compõem as condições de trabalho. Para este autor, é necessário considerar ainda sua dimensão organizacional, alicerçada na divisão de tarefas e relações de produção.

O trabalho na emergência é um trabalho assim, trabalho, trabalhoso, corrido, mal feito, por faltar condições, porque o paciente chegava com a

cabeça quebrada, o médico pedia uma gilete e demorava segundos, as vezes horas para aparecer, o paciente ali sentado e o médico falava: Eu não posso fazer nada, vou fechar isso desse jeito, por falta de material [...] (Entrevistada nº 04).

Ao tratar do sofrimento no trabalho, Dejours (1994, p. 29) considera que sua reorganização não é mais viável quando a relação organização *versus* trabalhador é bloqueada.

O mesmo autor (Dejours, 1992, p.10) observa que, quando a organização do trabalho “entra em conflito com o funcionamento psíquico dos homens, quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos, então emerge um sofrimento patogênico.”

Machado (1999, p. 87) afirma que os instrumentos de trabalho em enfermagem constituem processos de cuidar e de administrar. Na emergência, o desenvolvimento do trabalho acontece dentro desses dois processos, porém predominam as atividades de assistência, cuja execução depende de materiais e instrumentos específicos. A ausência de um ou outro torna inviável a organização do processo de trabalho.

O sofrimento vivenciado pelos trabalhadores está ligado à organização do trabalho, designada pela divisão do trabalho, pelos conteúdos das tarefas a serem desenvolvidas, pelo sistema hierárquico, pelas relações de poder e comando, pelos objetivos e metas da organização, etc. e podem ter repercussões sobre a saúde dos trabalhadores.

Na opinião de Dejours (1992, p. 120), a organização do trabalho é, indubitavelmente, a causa de certas descompensações no quadro clínico do trabalhador.

4.5 Mudanças no perfil de atendimento na emergência

A superlotação, entendida como uma demanda que ultrapassava os recursos de pessoal e de material disponíveis para atendimento, engendra situações que não somente comprometem a qualidade do atendimento médico e de enfermagem, como proporcionam as condições para as facilitações não-legais ao atendimento, isto é, os favorecimentos escamoteados, infringindo os preceitos básicos, expressos na

constituição, de equidade e universalidade previstos para o SUS. Castro (2002, p. 57) aponta para este fato perverso:

Embora diante da lei o direito à saúde pública seja universal e equânime, a igualdade ditada pela lei não garante na prática o acesso igualitário, e nem mesmo a concepção do que seja ou não justo constitui-se em unanimidade. Muitas das vezes esse acesso é facilitado pelas relações clientelistas e pessoais estabelecidas em nossa sociedade.

Com a municipalização dos serviços, iniciadas a partir do SUS, ocorreram algumas mudanças no modelo assistencial, inclusive na ampliação da rede básica, oferecendo alternativas ao atendimento emergencial. No entanto, a característica hospitalocêntrica¹² do sistema de saúde brasileiro ainda se mantém (CASTRO, 2002, p. 43).

Sendo assim, reestruturar uma rede de assistência, com todas as implicações políticas e históricas, significa enfrentar relevantes desafios e desenhar estratégias que permitam reformular o modelo de assistência existente no país, envolvendo modificações em seu aspecto organizacional. O cotidiano da assistência impõe uma série de questões relativas à gerência dos serviços e do processo de trabalho daqueles que atuam em relação direta com o usuário (CASTRO, 2002, p. 43).

A criação do Programa de Saúde da Família (PSF) foi uma proposta do Ministério da Saúde para transformar esse perfil assistencial. Foi adotado um novo modelo de atenção, pautado na responsabilização sanitária dos módulos assistenciais de uma determinada região adstrita, envolvendo uma assistência integral, que comporte ações preventivas e curativas.

No entanto, diferente do previsto, o PSF – apesar de seus aspectos positivos – pode estar contribuindo para a ampliação de um modelo de atenção baseado nos pressupostos de equidade horizontal, destinado à população de baixa renda, com redução de despesas e acesso restrito à assistência primária, conforme analisam Marques e Mendes (2001, p. 15), referindo-se à implantação desse modelo no atual contexto internacional.

Tendo em vista a escassez de recursos, e um ambiente de superávits primários crescente exigidos pelo Fundo Monetário Internacional, não é descabida a leitura de que a ênfase na Atenção Básica acabe por descuidar dos níveis de atenção a saúde. O “desfinanciamento” da alta e da média complexidade – sucateando a rede existente e /ou impedindo sua ampliação - não só impedirá que a população anteriormente não coberta pelo SUS tenha acesso aos cuidados integrais, como

¹² Termo é habitualmente utilizado para demonstrar a priorização do atendimento hospitalar em detrimento de outras formas de assistência, como em unidades básicas ou ambulatoriais, prática muito comum no Brasil devido à longa história de privilégios desse setor na política pública brasileira (CASTRO, 2002, p. 43).

obrigará aquela – que atualmente tem acesso aos serviços e ações de Média e Alta Complexidade fornecidos pelo estado – a buscar o setor privado de saúde. Isso na hipótese dessa população ter renda para assim fazer e de esses serviços terem qualidade adequada (MARQUES e MENDES, 2001, p. 15).

Sendo assim, pode-se considerar que a rede básica não é capaz de, sozinha, transformar o perfil do modelo assistencial brasileiro. Além disso, é óbvio que o atendimento em outros níveis de assistência é essencial para se conseguir prestar um atendimento integral e de qualidade nos serviços de saúde pública.

Na prática, os atendimentos sistemáticos de urgência e/ou emergência permanecem sendo realizados em prontos-socorros ou vinculados a hospitais de grande e médio porte, sendo que, em alguns lugares do Brasil, emergências e prontos-socorros representam o único recurso disponível com possibilidade de atendimento imediato (CASTRO, 2002, p. 52).

Não considero um hospital só de emergência porque atende também, marca cirurgia eletiva. Não é só por isso, mas a gente sabe que vem de outros hospitais porque não há especialidade ali e aí acaba vindo, claro que a maioria é de emergência, mas não é só, exclusivo; se fosse exclusivo seria um atendimento melhor [...] (Entrevistada nº 03).

Em um estudo sobre os usuários dos serviços de emergência, Aquino (1987) conclui que a procura prioritária desses serviços, por parte do usuário, não pode ser considerada inadequada, pois nem sempre as concepções técnicas dos profissionais, que entendem ser lógico o fato de o usuário procurar outros tipos de atendimento que não a emergência, são compatíveis com a concepção do usuário que vê nesse tipo de serviço uma resposta adequada as suas necessidades.

Assim, seja pela dificuldade de conseguir atendimento nas unidades básicas e ambulatoriais, seja como resultado de uma cultura induzida pela oferta de serviços de saúde (que no Brasil, durante muitos anos, estimulou amplamente a procura de atendimento hospitalar), muitos usuários ainda possuem nas emergências e prontos-socorros a única forma de acessar o sistema de saúde pública (CASTRO, 2002, p. 53).

Não ia ter superlotação, porque tem paciente de urgência e emergência que fica uma semana aguardando vaga de cirurgia; vai e volta, espera alguém ter alta, para subir em qualquer especialidade (Entrevistada nº

05).

As emergências caracterizam-se em espaços de trabalho de grande movimentação, onde os profissionais de saúde atendem pessoas com os mais diversos problemas de saúde e que, muitas vezes, os recursos são escassos. “Na verdade, a emergência é a grande ‘porta de entrada’ do sistema de saúde, atende toda e qualquer queixa grave, leve ou moderada, urgente ou não (CASTRO, 2002, p. 54).

Eu acho que cada vez mais a gente passa por processos mais complexos, o número de atendimento aumentou, nós descaracterizamos o hospital e acho que até por conta dessa situação do SUS, você acaba chegando paciente aqui. Vamos supor, um exemplo, um caso terminal de uma neoplasia: não era para ser atendido aqui, mas é atendido, porque a gente tem que dar garantia da assistência àquele paciente, não posso encaminhar para outro hospital [...] (Entrevistada nº 06).

Os trechos de depoimentos ora transcritos sugerem que a percepção das entrevistadas é subjetiva e parcial, porém corroborada pelas estatísticas que, objetivamente, mostram uma inegável e importante aceleração do número de procedimentos eletivos, expressa na comparação do crescimento de 810% neste tipo de cirurgias *versus* um crescimento de apenas 22% nas cirurgias de urgência, no período de 1990 a 1993.

A tentativa de implementação dos princípios básicos do SUS chocou-se com uma situação, nos primeiros anos após a promulgação da Constituição de 1988, que tinha raízes muito profundas em décadas de cultura de desassistência e prática de aproveitamento das doenças como matéria-prima para uma lucrativa indústria predatória de recursos públicos, herdado do modelo liberal privatista, atomizador, preconizador da fragmentação em múltiplas especialidades quase estanques.

As ambiciosas propostas humanizadoras do SUS encontraram instituições, como o próprio HMSA, em que universalidade da assistência, equidade sem preconceitos ou privilégios, integralidade e divulgação de informações, se opunham a número insuficiente de médicos, enfermeiros e técnicos, instalações fisicamente defasadas e sem os espaços adequados, equipamentos inexistentes ou precariamente funcionando, falta de insumos básicos (material e medicamentos),

insatisfação por condições de trabalho inseguras, opressivas, extremamente cansativas e salários baixos. Machado, Monteiro, Queiroz *et al* (2007, p. 337) afirmam que:

não pode ser desconsiderado que o processo de implantação do SUS teve que lidar com inúmeras limitações, visto que representava uma proposta de ação renovada em saúde, quando na verdade os profissionais não haviam sido formados em consonância com o modelo de promoção à saúde, como também os gestores deparavam-se com inúmeras dúvidas ao tentar adequar a estruturação de ações básicas de saúde, sem dispor na ocasião de recursos para esta finalidade.

Esses mesmos autores apontam que a necessidade de atender o princípio da integralidade da assistência obrigou à expansão dos serviços de assistência que se adequassem ao modelo proposto de promoção à saúde, dirigindo recursos e esforços no sentido de atividades não-emergenciais, gerando uma crise vivenciada tanto pelos profissionais do setor como, principalmente, pelos usuários (MACHADO; MONTEIRO; QUEIROZ *et al*, 2007, p. 337).

No caso do presente estudo, a crise é visível principalmente nos setores-alvos da pesquisa — a emergência e o pronto-socorro —, onde a estrutura de atendimento não acompanhou o crescimento da demanda.

CONCLUSÃO

Este estudo destacou as influências da implantação do Sistema Único de Saúde sobre as condições de trabalho experimentadas pela equipe de enfermagem que atuou no Pronto-Socorro e na Emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA). Sendo assim, trouxe como objetivos a análise do processo de implantação do SUS no HMSA, a descrição das condições de trabalho da equipe de enfermagem antes da implantação do SUS e a discussão das implicações da implantação deste sistema nestas condições de trabalho.

Para a determinar as condições de trabalho no HMSA e abordar a influência da implantação do Sistema Único de Saúde, considerou-se importante compreender a caracterização do hospital como uma unidade essencialmente de emergência desde a sua criação e, para tal, foram observadas as condições socioeconômicas e políticas que lhe deram origem, ainda no final do século XIX.

Foi examinada brevemente a sua história e como se desenvolveu ao longo desses cem anos de sua trajetória, tornando-se a unidade de referência em emergência no município e no Estado do Rio de Janeiro, vindo a ser considerado a maior emergência da América Latina.

Foi também estudada a história das políticas de saúde pública e dos movimentos que levaram à criação dos vários institutos previdenciários e assistenciais nacionais ao longo da história da nação, desde as CAPs, criadas em 1923 pela Lei Elói Chaves, sucedidas pelos IAPs, seguidos pelos SAMDU, INPS, INAMPS e IAPAS e, finalmente, o SUDS e o SUS.

As mudanças nas políticas de saúde que produziram os sucessivos institutos previdenciários e assistenciais foram fruto de concomitantes ajustes dos legisladores e governantes às crescentes demandas sociais por assistência de saúde. A aglutinação de pensadores sobre as questões da saúde foram, mesmo veladamente, necessárias durante os sombrios anos da ditadura militar e consolidaram a necessidade de conceituar a própria saúde de forma mais abrangente, que abrigasse a humanidade de cada um integralmente, que acolhesse a todos universal e igualmente, como um direito humano, e estabelecesse o provimento das condições para garantir este direito como um dever do estado. Este movimento reformador, opositor ao esforço de submissão da assistência de saúde

às propostas privatizantes que lucravam com a exploração da doença e nada faziam em termos de promover a saúde, começou a ser urdido nas universidades, nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), cristalizando-se na Reforma Sanitária, que repensou as questões relacionadas à saúde, avaliando criticamente os efeitos negativos da excessiva medicalização dos processos de assistência.

Essa discussão que enfocava a elitização da medicina em detrimento da sua socialização e a inacessibilidade dos serviços médicos à maioria da população teve seu ponto culminante na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão), em 1978, sob os auspícios da OMS, quando se reafirmou ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos.

A abrangência da conceituação de saúde emersa da declaração da Alma-Ata tornou a atenção à saúde o mais importante item das agendas governamentais, e a conceituação do SUS, fundamentada nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade da assistência, pretendia torná-lo o instrumento capaz de atender às necessidades para gerar esta atenção.

Como já mencionado anteriormente, foge ao escopo deste trabalho a discussão sobre o mérito da criação constitucional do SUS. As leis que se sucederam visando a sua regulamentação passaram por uma resistência importante na gestão truncada do Governo Collor, contrário à necessária descentralização da gestão do SUS. Após a renúncia de Collor, foram alteradas as normatizações previamente emitidas e criadas novas que pretendiam acelerar este processo.

Não houve, aparentemente, planejamento que contemplasse o grande aumento da demanda que se seguiu à implantação do SUS, com os necessários ajustes de pessoal, em número e aprimoramento técnico-científico, reaparelhamento de equipamentos, materiais e instalações.

Foram insuficientes os esclarecimentos aos funcionários, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos sobre os conceitos novos propostos para o SUS. Os salários praticados, em particular pela prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, geraram grande insatisfação entre os profissionais, levando a grande evasão dos médicos do HMSA.

Estes fatores produziram um aumento significativo de pressões negativas sobre as condições de trabalho das equipes de enfermagem atuantes no pronto-socorro e emergência, incorrendo na deterioração da qualidade da assistência e na

instalação de condições que Dejours chamou de “normalidade sofrente”, em que os trabalhadores da saúde produzem mecanismos de defesa contra a realidade agressiva do sofrimento ordinário e diário, tanto dos usuários do sistema de saúde como dos próprios integrantes das equipes de enfermagem, mantendo, entretanto, um grau de sofrimento potencialmente patogênico tanto psíquica como somaticamente.

O importante acréscimo da demanda visível nas estatísticas registradas pelas Tabelas 1, 2 e 3, assim como o aumento expressivo das cirurgias eletivas em comparação com as de emergência, denunciam a situação complicada de elevação do número de atendimentos com menos leitos para as cirurgias emergenciais, agravando o problema.

A mudança percebida no perfil do HMSA é manifestada nos números que privilegiaram as cirurgias eletivas e que descaracterizam a proposta de uma unidade hospitalar essencialmente destinada ao atendimento de emergências em favor do crescimento de um hospital geral de grande porte. Dessa forma, os recursos disponíveis eram totalmente insuficientes, com repercussões em todos os seus setores de atuação, mormente o pronto-socorro e a emergência. A grave crise de 1994 obrigou a mudanças que trouxeram algum alívio à situação, que ainda se encontra muito distante do ideal proposto.

A Reforma Sanitária foi o movimento precursor do novo sistema e teve grande influência na mudança dos padrões assistenciais até então voltados com grande ênfase para um modelo curativo e hospitalocêntrico. Entretanto, a proposta que traz como pano de fundo a universalização do acesso à saúde e à integralidade da assistência, claramente não é um ato estático na história. O texto da constituição de 1988 que traz em seu artigo 2º as palavras que marcaram a população e os profissionais de saúde: “saúde direito de todos, dever do Estado”, exige e exigirá, ainda, grande esforço de maturação política e de conscientização social.

A consagração constitucional conferiu imprescindível matiz legal a esta obrigação do Estado para com seu povo, respaldando um processo iniciado ainda sob a repressão da ditadura militar, e que certamente não se encontra, ainda, implantado. Os atores sociais contracenam hoje com mais consciência de seus papéis, entretanto, no recorte temporal estudado esta consciência, os recursos materiais e o cenário eram inapropriados e claramente insuficientes. Não deve ser interpretado como um prenúncio de fracasso, e sim como parte de um processo em

permanente adaptação. A participação da enfermagem neste esforço sempre foi, e creio, o será, imprescindível.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas, 2005.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA S. M. M. (Orgs.) **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, V. V. G. P. **Trabalho digno**: influências do trabalho para saúde dos profissionais de enfermagem. 2005. 133 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

AQUINO, J. R. O processo de trabalho. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 39, p. 14-18. Salvador, BA, 1987. Anais. Associação Brasileira de Enfermagem.

ARRETCHE, M. A Política de Saúde no Brasil p. 285-306 In: LIMA, N.T. (org.) **Saúde e Democracia**: historia e perspectiva do SUS. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Ed. 70, 1979.

BISSON, M. P.; CAVALLINI, M. E. **Farmácia hospitalar**: um enfoque em sistemas de saúde. 1 ed. São Paulo: Manole, 2002.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. 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**, 12(4):929-934, 2007.

BORBA, V. R. **Administração hospitalar**: princípios básicos. 3 ed. São Paulo : CEDAS, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Terminologia básica em saúde**. 2 ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1985.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 05 de out. de 1988. São Paulo: Editora Fisco e Contribuinte, 1988. 135p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1884 de 11 de novembro de 1994**. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. SAÚDE & TECNOLOGIA. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS Sistema Único de Saúde: a saúde no Brasil indicando resultados 1994-2001** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Poder Executivo. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**: Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Poder Executivo. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**: Brasília, DF, 1990.

CASTILHOS-VELÁSQUEZ, O. A Atenção à Saúde da Criança e da Mãe sob o Contexto da Implementação do SUS. p. 94-98. In: **Divulgação em Saúde para Debate**. Londrina: CEBES, abr. 1997.

CASTRO, V. C. G. **A “porta de entrada” do SUS**: um estudo sobre o sistema de internação em um município do Estado do Rio de Janeiro. 2002. 157f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1451 de 10 de março de 1995**. Disponível em www.cfm.org.br, 2003

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **O Perfil do Médico e das Emergências do Rio de Janeiro** / Grupo de Trabalho sobre Emergência. – 3. ed. – Rio de Janeiro: Navegantes. Editora Gráfica Ltda, 2004.

CHAGAS, C. D. **Simulação em emergência médico-hospitalar**: um estudo de caso no Hospital Municipal Miguel Couto. 2003. 160p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - COPPE/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

COELHO, M. J. **Cuidar/cuidado em enfermagem de emergência**: especificidade e aspectos distintivos no cotidiano assistencial. Rio de Janeiro, 1997. 173p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. LEI Nº 7.498, de 25 de junho de 1986 Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e dá outras Providências

COSTA, R. C. R. da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 18, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010444782002000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul 2007.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Disponível em: <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 25 de out. 2007.

DAVID, H. M. S. L. **Atores, cenários, regulação: notas sobre a atenção em urgência e emergência no setor de saúde suplementar, 2005.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/porta1/upload/biblioteca>. Acesso em: 19 set. 2007.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: ed. Atlas, 1994.

DEJOURS, C., **A loucura do trabalho** - estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Editora/Oboré. 5 ed., 1992.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário Teórico em Psicopatologia do trabalho, p.119-145. In:DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: ed. Atlas,1994.

DEJOURS, C., **A banalização da injustiça social** - Rio de Janeiro: FGV 1999.

DEJOURS, C., O trabalho como enigma, p.129-157. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (orgs.) **Christophe Dejours:** da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Tradução de Franck Soudant - 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo15, 2008.

DESLANDES, S. F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência:** representações, práticas, interações e desafios. Rio de Janeiro; s.n; 2000. 206 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

DOMINGOS, C. B. **Seção de enfermagem de emergência:** emergência de dilemas. Rio de Janeiro, 2002. 128p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. de. As conferências nacionais de saúde e a construção do SUS p. 83-119 In: LIMA, N.T. (org.) **Saúde e Democracia:** historia e perspectiva do SUS. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F.C. AS origens da reforma sanitária e do SUS p. 59-81 In: LIMA, N.T. (org.) **Saúde e Democracia**: história e perspectiva do SUS. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FERRO, R. C., ALMEIDA FILHO, A. J.; LOURENCO, L. H. S. C. Panorama das políticas no setor saúde e a enfermagem na década de 1980. **Rev. de Enf. Esc. Anna Nery**, dez. 2006, vol.10, no.3, p.487-493.

FONTINELE J. K. **Programa saúde da família**: PSF comentado. 2. Ed. Goiânia (GO): AB-Editora; 2008.

FREIRE, A.; SARMENTO, C. E., MOTTA, M. S. Um estado em questão: os 25 anos do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: **ALERJ/FGV**, 2001. P.325-363p.

GOMES, A. M. **Emergência**: planejamento e organização da unidade. Assistência de enfermagem. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 2004.

GOMES, R. Análise interpretativa de dados de pesquisa qualitativa. p. 79-107. In: MINAYO, M.C.deS. (org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 25 ed. rev. e atualizada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GOULART G. Médico escolhe que morre no Souza Aguiar. **O Globo**, Rio de Janeiro, p.8, 10 de out. 1994.

GOULART G. Paciente morre sem socorro na pia do Souza Aguiar. **O Globo**, Rio de Janeiro, p.11, 16 de out. 1994.

GOULART G. Obras no Souza Aguiar estão paradas. **O Globo**, Rio de Janeiro, p.9, 18 de out. 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - **Contagem da População** - 1996 (SEM PÁGINA)

Disponível

em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem/rjcont96.shtm>>.

Acesso em: 23 mar. 2008.

LATTMAN-WELTMAN, F.; CARNEIRO, J. A. D.; RAMOS, P. de A., **A imprensa faz e desfaz um presidente**, Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1994.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2):269-291, 2001.

LINHARES S. **Histórico do Estado do Rio de Janeiro**, 2005. Disponível em: <<http://www.cide.rj.gov.br/cidinho>>. Acesso em: 13 nov. 2007.

LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e Sofrimento no Trabalho**: contribuição à organização do processo de trabalho da enfermagem. Porto Alegre; s.n.; 1995. 287p.

MACHADO, S. C. **O Processo de Trabalho da Enfermagem na Emergência**: O Caso da Sala de Trauma do Hospital Universitário Antonio Pedro/UFF. 1995. 95 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

MACHADO, S. C. **O Trabalho de Enfermagem na Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro**. Rio de Janeiro, 1999. 176p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, 2007, v. 12, n. 2, pp. 335-342.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. p. 12-22. O SUS e a Atenção Básica: A Busca de um novo Desenho? In: **Seminário Saúde e Desigualdade: Instituições e Políticas Públicas no século XXI** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2001.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 4. ed. São Paulo, Ed. Loyola, 2002.

MENICUCCI, T. M. G. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. p.303-325. In. Hochman, G.; Arretche, M.; Marques, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes**. Estruturas em Cinco Configurações. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

NOGUEIRA, R. P. **O trabalho em serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997. p.59-63. Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_3.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2007.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R.; VIACAVA, F. As condições de saúde dos brasileiros: duas décadas de mudança (1980-2000). P.153-192. In: LIMA, N.T. (org.) **Saúde e Democracia: historia e perspectiva do SUS**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NORONHA,J; LECOVITZ,E.1994. AIS-SUDS-SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In: GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. (orgs.). **Saúde e Sociedade no Brasil-Anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p.73-111.

PADILHA, M. I. C. S., SILVA, A. L. da e BORENSTEIN, M. S. Os congressos brasileiros: pontes para a liberdade e transformação da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, maio 2001, vol.9, no.3, p.7-13. ISSN 0104-1169.

PAIM, J. S. Organização da atenção à saúde par a urgência/emergência. P.149-160. In: SILVA, L.M.V. (org.) **Saúde coletiva: textos didáticos**. Salvador: Centro Editorial e Didático/ UFBA, 1994.

PEREIRA. N. A. **As configurações do SUS para os seus usuários: uma contribuição para a prática de enfermagem e de saúde**. Rio de Janeiro, 2006. 133p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. p. 25- 55. IN: LEOPARDI, M.T. (org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. P.1-35, 2004. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: 17 out. 2007.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed.: Artmed, 2004.

PORTELA J. A. S. A Importância da Reorientação do Modelo de Atenção Para a Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS. **REAH - Revista Eletrônica de Administração Hospitalar** - FASC - volume 1 - número 2 - Abril de 2005.

ROGERS, J. H., OSBORN, H. H., POUSADA, L. **Enfermagem de Emergência – um manual prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, 446p.

SABBADINI F. S.; GONÇALVES A. A. A unidade de emergência no contexto do ambiente hospitalar. **REAH - Revista Eletrônica de Administração Hospitalar - FASC** - volume 1 - número 3 – abr. de 2005.

SANTOS J. S.; SCARPELINI S.; BRASILEIRO S. L. L.; FERRAZ C. A.; DALLORA M. E. L. V.; SÁ M. F. S. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina, Ribeirão Preto**, **36**: 498-515, abr./dez. 2003.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Revista de Ciências e Saúde Coletiva**. nº 7, vol. 4, p. 757-776, 2002

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA GUANABARA. (Rio de Janeiro). **Assistência Pública – 80 anos**. Superintendência de Serviços Médicos. Rio de Janeiro: SUSEME, 1972.

SILVA, P. L. B. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo Perspec.** 2003, vol. 17, no. 1, pp. 69-85.

SOUZA, R. R. de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. P.193-233. In: LIMA, N.T. (org.) **Saúde e Democracia: historia e perspectiva do SUS**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.



APÊNDICE Nº 1



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO BIOMÉTRICO

FACULDADE DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

Enfª Bárbara Cristina Gonçalves dos Santos

Aluna do Curso de Mestrado da Faculdade de Enfermagem/UERJ

Rio de Janeiro, 12 de junho de 2007.

À

COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR

Prezados Srs.

Em conformidade com o disposto pela “**Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, que aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos**”, e por meio do curso de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, encaminho a esta comissão o projeto de pesquisa intitulado provisoriamente: ***Hospital Municipal Souza Aguiar – Uma Década sob a Regência do SUS (1990-1999)***, para apreciação sob o ponto de vista ético e legal, para que posteriormente, possa ser dado início aos procedimentos de coleta de dados.

Ressalto que a pesquisa tem cunho histórico-social e utilizará como procedimentos de coleta de dados:

- Análise de documentos; e
- Entrevistas gravadas em mídia magnética e digital.

A coleta de dados deverá ser realizada no período outubro 2007-junho de 2008.

Enfatizo meu compromisso de, no desempenho dos procedimentos de pesquisa, manter rigorosamente a ética e o respeito para com a instituição e com os profissionais que se dispuserem a colaborar com o projeto.

Atenciosamente,

Bárbara Cristina Gonçalves dos Santos

Aprovação do Projeto () Sim () Não

Nº do Protocolo: _____

APÊNDICE Nº 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Em conformidade com a “Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, que aprova as *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos*”.

Prezado(a) Sr.(a): _____

Tenho a honra de convidá-lo(a) para participar, na qualidade de depoente, do Projeto de Dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, cujo título provisório é "Hospital Municipal Souza Aguiar – uma década sob a regência do SUS: 1990-1999”.

Cabe dizer que sua escolha enquanto sujeito deste estudo foi intencional, uma vez que V.Sa. vivenciou a situação ora pesquisada, tornando-se claro que, a seu exclusivo critério, este consentimento poderá ser retirado, e esta recusa não trará qualquer prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição envolvida.

O presente estudo tem por objetivos: descrever o processo de trabalho da equipe de enfermagem do Pronto-Socorro e da Emergência do HMSA antes da implantação do SUS; analisar o processo de implantação das diretrizes do SUS no HMSA e discutir as implicações do processo de implantação das diretrizes do SUS no processo de trabalho da equipe de enfermagem do Pronto-Socorro e da Emergência do HMSA.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer seu depoimento oral, acerca da questão em estudo. Para facilitar os registros, será proposto que as falas sejam gravadas em mídia digital, podendo o aparelho ser desligado a qualquer momento que V.Sa. assim desejar, sem que essa iniciativa traga qualquer agravo ou prejuízo entre as partes.

A participação de V.Sa. como depoente desta pesquisa não gerará qualquer ônus financeiros e as informações obtidas serão utilizadas, somente e exclusivamente, para fins científicos, apresentação em eventos e/ou publicação em periódicos e/ou livros.

Os riscos relacionados à participação de V.Sa. são inexistentes contrapondo-se ao benefício de ser possível resgatar parte da história de sua vida profissional.

V.Sa. receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e acerca de sua participação, agora ou em qualquer momento.

Pesquisadora: Enfermeira Bárbara Cristina Gonçalves dos Santos

Endereço: Rua Santo Afonso, nº 235, aptº 601 – Tijuca

CEP: 20511-170 - Rio de Janeiro - RJ Tel.fixo: 3234-9244 Cel:
8742-0513

Declaro que compreendi os objetivos, os riscos e os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, de de 2007 .

Sujeito da Pesquisa – RG nº

Pesquisadora – RG nº

APÊNDICE Nº 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Em que ano você foi admitido no serviço público municipal?
2. Com você foi admitido? Concurso público? Convite? Contrato?
3. Qual foi o primeiro hospital que você foi lotado?
4. Em que ano você foi lotado no Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA)?
5. Ser lotado no HMSA foi sua primeira escolha?
6. Por quem você foi recebido ao se apresentar no HMSA?
7. Você foi apresentado ao hospital?
8. Qual era a “filosofia” ou “missão” do hospital na época de sua admissão no HMSA?
9. Em que setor do hospital você foi lotado?
10. Este setor foi escolha sua? Por quanto tempo você trabalhou neste setor?
11. Em quais outros setores do HMSA você já trabalhou?
12. Descreva a organização administrativa do serviço de enfermagem à época de sua admissão no HMSA.
13. Você assumiu algum tipo de cargo e/ou função administrativa no HMSA?
14. Quais eram as atividades que você desenvolvia?
15. Como foi o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no HMSA?

16. Como foi planejada a atuação dos enfermeiros para a implementação das diretrizes do SUS no HMSA?
17. Como era o atendimento no Pronto-Socorro e na Emergência antes e depois da implantação do SUS?
18. Você percebeu alguma mudança na característica dos atendimentos realizados no PS e/ou na Emergência?
19. Outros comentários que julgar convenientes.

ANEXO 1

RIO

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 36A/2008

Rio de Janeiro, 24 de março de 2008.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vices-Coordenadores: Salésia Felipe de Oliveira Mariângela Freitas Lavor</p> <p>Membros: Carla Lopes Porto Brasil Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Lindalva Guerra Bras Márcia Constância P. A. Gomes Mária Alice Gunzburger Mylene Rangel da Costa Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzane Oliveira de Menezes</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 30/08</p> <p>TÍTULO: Hospital Souza Aguiar – Uma década sob a regência do SUS (1990-1999).</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Bárbara Cristina Gonçalves dos Santos.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Municipal Souza Aguiar.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 24/03/2008.</p> <p>PARECER: APROVADO</p>
--	--

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
Rua. Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901
Tel: 2500-2024 / 2500-2026 - E-mail: cepSMS@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
IRB nº: 00005577

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)