

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

MISSÃO

**ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO/RJ**

**Relatório de Missão realizada no Rio de Janeiro (RJ) entre os dias 19 e 22 de outubro de
2008**

Fernando Aith

Relator Nacional para o Direito Humano à Saúde

Camila Marques Gilberto

Assessora da Relatoria para o Direito Humano à Saúde

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

SUMÁRIO

- 1 Apresentação
- 2 A saúde como direito humano
 - 2.1 A lógica do Sistema Único de Saúde
- 3 Contexto da missão: o sucateamento da rede de saúde no Rio de Janeiro
- 4 A missão da Relatoria realizada no Rio de Janeiro
 - 4.1 Reuniões com Atores Estratégicos
 - 4.1.1 Grupo Focal com membros da sociedade civil
 - 4.1.2 Reunião com as lideranças do Complexo do Alemão e da Penha – Usuários da Zona Oeste
 - 4.1.3 A saúde no Rio de Janeiro sob a ótica dos profissionais de Saúde
 - 4.2 Visitas aos hospitais
 - 4.2.1 Visita ao Hospital Estadual Getulio Vargas
 - 4.2.2 Visita ao Hospital Municipal Souza Aguiar
 - 4.2.3 Visita ao Hospital Municipal Miguel Couto
 - 4.2.4 A rede hospitalar de emergência segundo relatório da Câmara Técnica e Gestão dos Serviços de Saúde do CES
 - 4.3 Audiência com autoridades
 - 4.3.1 Audiência com o Secretario e Sub-secretário Municipal de Saúde
 - 4.3.2 A omissão da Secretaria Estadual de Saúde
 - 4.3.3 Audiência com a Promotoria de Tutela Coletiva de Defesa da Saúde

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

5 Principais violações ao Direito à Saúde da população do Rio de Janeiro

5.1 Acesso

5.1.1 Acesso às ações de vigilância em saúde.

5.1.2 Acesso à assistência à saúde

5.1.2.1 A organização da rede de atendimento

5.1.2.2 O problema do deslocamento

5.1.2.3 Educação e promoção em saúde

5.2 Atendimento

5.2.1 Da falta de médicos

5.2.2 Do sucateamento da rede instalada

5.2.3 Da falta de humanidade no atendimento

5.2.4 O problema das filas e denúncias de venda de senhas de atendimento

5.3 Gestão

6 Recomendações

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

A Relatoria Nacional para o Direito Humano à Saúde, da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais – Plataforma DhESCA Brasil – elaborou este relatório sobre as violações ao direito humano à saúde da população do Município do Rio de Janeiro.

A Relatoria da Saúde tem por objetivo contribuir para que o Brasil se desenvolva e adote um padrão de respeito ao direito humano à saúde, com base na Constituição Federal, no Programa Nacional de Direitos Humanos, nos Tratados Internacionais, bem como na legislação interna legal e infra-legal pertinente.

2 A SAÚDE COMO DIREITO HUMANO

A saúde é hoje reconhecida como direito humano em diversos documentos nacionais e internacionais. Adotada em 1946, a Constituição da Organização Mundial de Saúde reconhece a saúde como direito fundamental do homem. Dois anos depois, a Declaração Universal dos Direitos Humanos estabeleceu as diretrizes para a proteção internacional ao direito humano à saúde. Desde então, o direito à saúde foi codificado em inúmeros documentos normativos nacionais e internacionais de proteção aos direitos humanos. No Pacto Internacional dos Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) – instrumento este formulado pelas Nações Unidas e ratificado por mais de 150 nações, entre elas o Brasil – o direito à saúde é formulado como o direito “de toda pessoa desfrutar do mais elevado nível possível de saúde física e mental” (Art. 12).

O Comentário Geral nº 14 do Comitê sobre Direitos Econômicos Sociais e Culturais (Comitê DESC), que monitora o PIDESC, em referência ao artigo 12 daquele Pacto, estabelece: “A saúde é um direito humano fundamental indispensável para o exercício de outros direitos humanos. Toda pessoa humana tem direito a desfrutar do mais elevado nível de saúde que conduza a viver uma vida com dignidade” (Comitê DESC, Comentário Geral 14, UN ESCOR,

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

2000, Doc. No. E/C.12/2000/4).

O direito à saúde também está codificado em diversas constituições, existindo mais de 100 dispositivos de proteção à saúde, ao direito à atenção básica de saúde, ou outros direitos que invariavelmente atingem o direito à saúde, como o direito a um meio-ambiente saudável. No Brasil, apenas com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde foi expressamente reconhecido como um direito fundamental das pessoas em seus artigos 6º e 196 a 200. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Art. 196).

Como a maioria dos direitos humanos, o direito à saúde atribui preocupação maior com as parcelas mais carentes da sociedade, especialmente aqueles que vivem em condições de extrema miséria. Ainda que seja considerado como um direito humano de realização progressiva, o direito à saúde necessita de políticas públicas inclusivas e eficientes que assegurem aos membros de uma sociedade o acesso a um sistema de saúde de qualidade.

2.1 O Sistema Único de Saúde como garantia do Direito à saúde no Brasil

Desde 1988 a produção normativa, no que se refere à proteção do direito à saúde no Brasil, vem mantendo ritmo inédito em termos de qualidade, quantidade e diversidade. Destaca-se: a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, complementada pela Lei 8.142, também de 1990, que organizaram o Sistema Único de Saúde – SUS e definiram formas inovadoras de participação da comunidade na gestão das políticas públicas de saúde.

O SUS foi criado há mais 20 anos para que toda a população brasileira tivesse acesso irrestrito ao atendimento público de saúde. O sistema vai muito além de simples consultas, exames e internações. Os recursos ainda insuficientes destinados ao SUS, previstos nos orçamentos públicos federal, estaduais e municipais (advindos de contribuições sociais e pagamentos de diferentes impostos como Imposto de Renda, ICMS, IPVA, COFINS e outros) permitem o atendimento de casos de alta complexidade e realização de transplantes. O SUS é formado por instituições dos 3 níveis de governo – município, estado e união – e pelo setor privado, com o qual são feitos contratos e convênios para a realização de serviços e ações, como se fizesse parte da mesma estrutura.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

As principais características do SUS são: a universalidade (deve atender a todos sem distinção), integralidade (a saúde deve ser concebida como um todo abrangendo não só o cidadão como sua comunidade), equidade, descentralização (as ações de saúde devem abranger sua competência territorial a fim de proporcionar ao cidadão melhor atendimento por parte de seu gestor), regionalização e hierarquização (os serviços de saúde devem ser organizados por regiões e obedecer a uma hierarquia de atendimento, envolvendo a complexidade dos problemas dos pacientes), racionalidade, eficácia, eficiência e participação popular . O direito de participação é assegurado a todos os segmentos envolvidos, entre governos, prestadores e usuários, que manifestam suas opiniões e deliberam nas Conferências e Conselhos de Saúde.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE**3 CONTEXTO DA MISSÃO: AS VIOLAÇÕES AO DIREITO À SAÚDE NO RIO DE JANEIRO**

O Rio de Janeiro vem passando na última década por intenso processo de deterioração da rede de saúde pública. A situação precária na prestação dos serviços culminou com a intervenção federal ocorrida em seis hospitais da rede municipal em 2005¹. Naquela época, os principais problemas identificados pelo então Ministro da Saúde, Humberto Costa, já se relacionavam basicamente a problemas de gestão, entre eles: descaso do poder público municipal, falta de pagamento a fornecedores e profissionais, desabastecimento de medicamentos e equipamentos quebrados. Com a intervenção realizada em 2005 veio a promessa de reverter o quadro da saúde na cidade, garantindo o abastecimento de medicamentos e insumos, a compra de equipamentos e a realização de reformas físicas para acolher as pessoas adequadamente.²

Não pode ser afastada, entretanto, a responsabilidade do próprio Ministério da Saúde (MS) sobre a situação de calamidade pública no Rio de Janeiro, juntamente com as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. O processo de municipalização de unidades de saúde federais, mediante convênios entre o MS e a prefeitura do Rio, sofreu vários entraves quando o município buscou o reajuste dos recursos, que, por força destes convênios, eram repassados pela União ao Município. Pouco antes da promulgação do Decreto de Intervenção, o MS reconheceu uma dívida com a municipalidade, na ordem de R\$ 192, 6 milhões de reais.

Passados dois anos da intervenção, o governador Sérgio Cabral não avaliou melhor a situação no Rio de Janeiro, tendo classificado o estado dos hospitais da rede pública como verdadeiro genocídio da população.³

¹ Com o decreto de estado de calamidade na rede hospitalar, 6 hospitais passaram a sofrer intervenção federal, quais sejam: (i) Hospital da Lagoa; (ii) Hospital Municipal do Andaraí; (iii) Hospital Geral de Jaquarepaguá; (iv) Hospital Geral de Ipanema; (v) Hospital Municipal Souza Aguiar e Hospital Municipal Miguel Couto. Neste período medidas emergenciais foram adotadas para controle de gastos e contratação de pessoal.

² “Qualquer lugar no Rio de Janeiro que se colocar um consultório, formará uma fila, porque as pessoas não tem acesso ao atendimento perto das suas casas. O atendimento mais simples não existe. Para se ter uma idéia, no dia que abriu aquele hospital de campanha a maior fila era para medir pressão arterial e a glicemia. A estruturação do sistema básico é essencial. E o sistema de regulação”. Entrevista do então Ministro da Saúde Humberto Costa, em <http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=62971>

³ Em janeiro de 2007 o governador Sergio Cabral visitou hospitais da rede pública e ficou chocado com o descaso: remédios guardados sem cuidado em salas úmidas, equipamentos encaixotados em vez de estarem servindo ao público, doentes jogados em

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Alguns aspectos da má estruturação e organização da rede pública de serviços de saúde no Brasil se tornam mais graves no Rio de Janeiro, que conta com uma rede hospitalar com controle fragmentado e dividido entre os governos municipal, estadual e federal. A falta de articulação e entendimento entre estes entes foi comprovada no decorrer da missão. Some-se a esta deficiente articulação o fato de o Rio de Janeiro ser uma das cidades com maior índice de violência no país, o que se reflete diretamente tanto na possibilidade de prestação de serviços pelos profissionais de saúde, como no acesso da população a estes serviços, sem que com isso coloquem a própria vida em risco.

A realidade de mais de um milhão de pessoas viverem em favelas e bairros da periferia do Rio de Janeiro traduz-se num capítulo à parte no acesso à saúde da população. Este contingente de pessoas vive uma realidade totalmente díspar; ou por serem automaticamente criminalizados por viverem em áreas de conflito, ou por não apresentarem situação econômica que lhes assegure pronto atendimento em postos de saúde e hospitais. Dependem intermitentemente da atuação dos agentes voluntários de saúde para ter o mínimo de dignidade assegurada no dia a dia.

Em razão de suas peculiaridades naturais, o estado do Rio de Janeiro, em especial sua capital, foi o mais afetado nos últimos anos com as epidemias de dengue. A falta de plano de contingência por parte do governo municipal, e a má articulação entre os governos foi incapaz de conter o surto que assolou a cidade entre os anos de 2006 e 2008, conforme será explicitado pelas ações propostas pelo Ministério Público Estadual e pela Defensoria Pública da União⁴. Entre todos os entrevistados durante a missão, houve unanimidade de que a epidemia em 2009 poderá ser pior. A Secretaria Municipal de Saúde informou a esta Relatoria, no entanto, que não haverá epidemia.

Face às denúncias recebidas, a Relatoria de Saúde realizou uma missão investigativa no município do Rio de Janeiro, optando por concentrar suas atividades na capital do Estado, que invariavelmente atende parte da população de municípios vizinhos.

qualquer lugar, falta de higiene. Em visita ao hospital da rede estadual Albert Schweitzer em Realengo (um dos principais da zona oeste que recebia R\$ 800 mil reais por mês na época) encontrou caixas amontoadas com materiais e suprimentos, poças d'água e baratas que se misturavam aos medicamentos, muitos vencidos. Em http://www.direitos.org.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2403

⁴ No verão de 2007/2008 a taxa de mortalidade da doença chegou a 20% - índice 20 vezes maior que o aceito pela Organização Mundial de Saúde.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

4 A MISSÃO DA RELATORIA REALIZADA NO RIO DE JANEIRO

A missão “Saúde para o Rio” ocorreu entre os dias 19 e 22 de outubro de 2008 e durante este período a Relatoria para o Direito Humano à Saúde esteve com diversos atores estratégicos, colhendo depoimentos e coletando dados sobre a situação da saúde na cidade do Rio de Janeiro. A Relatoria visitou hospitais da rede municipal e estadual, reuniu-se com membros das comunidades – os principais usuários da rede pública de saúde; entrevistou profissionais da classe e esteve em audiência com a Secretaria Municipal de Saúde e com o Ministério Público Estadual.

Em que pese o curto período da missão e os compromissos agendados, a Relatoria procurou ouvir todos os envolvidos, ativa e passivamente, na temática da saúde, não poupando esforços para montar uma agenda que englobasse todas estas perspectivas sobre a situação da saúde no município do Rio de Janeiro.

Dentre as autoridades públicas que a Relatoria tentou ouvir mas não conseguiu destaque-se o Secretário Estadual de Saúde. Com efeito, diversas foram as tentativas para agendar audiência com a Secretaria Estadual de Saúde, que, infelizmente, às vésperas da missão, declinou receber esta Relatoria, bem como não autorizou visita aos hospitais selecionados da rede estadual. Contamos, no entanto, com apoio de redes sociais extremamente atuantes para visitar, como cidadãos, os hospitais estaduais. Destaque-se a visita ao Hospital Estadual Getulio Vargas, que foi feita sem o “aval” dos gestores públicos, mas que nos permitiu verificar *in loco* a situação daquela instituição, o que muito colaborou na elaboração do presente relatório.

A Relatoria da Saúde procurou, através da elaboração do presente relatório, dar visibilidade aos vários problemas de gestão e estrutura que imperam na rede de saúde da cidade do Rio de Janeiro; esperamos que, diante do encaminhamento do presente documento às autoridades competentes, a população do Rio venha a perceber alguma melhora nos serviços que lhes são prestados. Acreditamos que as informações abaixo refletem com clareza as inúmeras violações ao direito à saúde das pessoas que dependem de atendimento pelo SUS no Rio.

A todos os envolvidos nesta missão, nosso sincero e profundo agradecimento. O apoio de todos os envolvidos foi fundamental para a confecção do presente documento.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

4.1 Reuniões com Atores Estratégicos

4.1.1 Grupo Focal com membros da sociedade civil

Visando garantir a participação do maior número de membros da sociedade civil e permitir a troca de informações entre todos os presentes, real

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Há indícios de que o INCA se nega a internar pacientes que realizam exames em outras unidades, já que a espera para realização de exames no INCA é muito longa. Não assumindo a realização do diagnóstico, o INCA não assume o paciente (especialmente os terminais) e com isso mantém boas estatísticas de recuperação, conforme informações recebidas. Embora esta “triagem” não possa ser comprovada, é necessária minuciosa investigação por se tratar de grave violação ao direito à saúde e à vida dos pacientes.

A falta de integração da rede e a inexistência de política de integração de transporte agrava ainda mais o acesso à saúde do usuário. A rede de transporte público não é integrada no Rio de Janeiro, levando os usuários a adquirir 4 (quatro) tipos de vale transporte. As longas distâncias entre as unidades de atendimento e a falta de referenciamento agravam ainda mais a saúde dos pacientes. Aqueles que procuram aderir ao “vale- social”⁶ são obrigados a enfrentar nova e longa espera no deferimento/indeferimento de seus pedidos, usualmente sujeitos a intenso questionamento sobre os laudos apresentados. Note-se, ainda, que não existe política de inclusão aos pedidos de “vale- social” dos acompanhantes de pacientes crônicos.⁷

Pela própria falta de lógica na divisão de atendimento da rede municipal de saúde, fomos informados de casos em que postos de atendimento recusam o atendimento das comunidades, por não fazerem parte do recorte específico de cobertura da rede. Um exemplo disso, trazido pelo CEDAPS, é que existem 13 (treze) comunidades dentro do Complexo da Penha e do Alemão, enquanto existem apenas 5 (cinco) unidades de atendimento do Programa de Saúde da Família. Conclui-se, portanto, que 8 (oito) comunidades se encontram no vácuo do atendimento, tendo que buscar serviços em outro nível da rede de saúde. Isto aumenta a demanda das emergências aos hospitais, entupindo o gargalo no atendimento.

Fomos informados ainda de que, uma vez superado o atendimento de emergência, a espera para realização de operações é de meses. Infelizmente, muitas das denúncias recebidas não podem

⁶ O “vale social” é utilizado pela Governo Estadual, enquanto o Governo Municipal faz uso do “Rio Card Especial”. Ambos visam a concessão de gratuidade no transporte público aos portadores de doenças crônicas e deficiência física, mental, visual, auditiva, entre outras. Em 24.10.2008 o governo estadual iniciou a substituição das antigas carteiras de papel por carteiras eletrônicas visando coibir fraudes. Não implica, no entanto, em aumento da concessão do benefício à população. Mais informações em <http://www.governo.rj.gov.br/noticias.asp?N=48275>

⁷ Muitas vezes o paciente que possui o “vale- social” não pode comparecer ao tratamento por não ter quem o acompanhe, justamente pela falta de recursos para utilizar o transporte público, podendo chegar a óbito. Esta situação é evidenciada no tratamento de pacientes renais crônicos.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

ser comprovadas, pois os usuários têm receio de documentar as violações com medo de represálias. Isto se reflete claramente dentro das comunidades carentes, onde existem casos, denunciados pela mídia impressa, de pacientes sendo expulsos da comunidade por serem portadores de HIV/AIDS.

Outro grave problema suscitado por todos os participantes do grupo focal é a falta de medicamentos. Os membros da sociedade civil alternam-se cobrando remédios tanto da Secretária Estadual de Saúde como da Secretária Municipal de Saúde, seguindo, em tese, a própria relação de medicamentos que deveria ser disponibilizada para estes entes e, no entanto, possuem anotações constatando a falta de medicamentos. Os esforços empreendidos, por exemplo, na internação de paciente renal via judicial são desperdiçados quando não se consegue o tratamento adequado dentro da unidade e o paciente vai a óbito pela falta de medicamentos.

O déficit nos medicamentos já é tratado como “rotina”, uma vez que a própria Secretaria Municipal de Saúde divulga informação de que medicamentos que fazem parte da sua lista sejam solicitados através de ações judiciais. Fomos informados ainda da existência de sub-farmácias na Secretaria Municipal de Saúde, (i) para fornecimento de medicamentos de sua lista; (ii) para fornecimento de medicamentos solicitados judicialmente.

Corroborando essas informações, temos a decisão proferida pelo Desembargador Claudio de Mello Tavares, da 11ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro em Ação Civil Pública proposta pela Defensoria Pública do Estado. O ilustre desembargador, visando coibir a triagem realizada pelas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde na entrega de medicamentos, determinou que fosse garantida a entrega imediata de medicamentos pelo município ou pelo estado, bastando apenas que o paciente passe a integrar o pólo passivo da referida Ação, através de pedido feito pela Defensoria Pública Estadual⁸.

Outra grave queixa apresentada pelo grupo refere-se aos prestadores de serviço de saúde. A precariedade do vínculo que possuem com a instituição em que trabalham impede que os

⁸ Processo n. 2002.001.131891-3. Assim, o que passa a valer como critério de efetiva necessidade de tratamento não é mais o parecer favorável do gestor municipal ou estadual, mas a indicação médica solicitando o tratamento. Caso o medicamento não seja entregue em 24 horas, o gestor (estadual ou municipal) ou servidor responsável pela entrega do medicamento, será multado pelo Poder Judiciário. A lista de medicamentos que consta na referida ação é extensa mas de forma alguma exaustiva, representando, no entanto, importante alerta sobre a necessidade de interferência do Poder Judiciário na garantia do direito à saúde do cidadão.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

serviços sejam prestados a contento, ou quiçá prestados. Fomos informados não apenas do reduzido número de médicos atuando na rede de saúde do Rio de Janeiro, como também foi questionada pelos participantes da reunião a sua efetiva capacidade profissional para ocupar os respectivos postos⁹.

No dia em que a Missão “Saúde para o Rio” iniciou, a emergência do Hospital Municipal Miguel Couto fechou as portas por falta de médicos¹⁰. Segundo o presidente do Sindicato dos Médicos, dos seis médicos que deveriam estar no plantão de domingo, 19.10.2008, apenas um médico compareceu.

Isto se deve ao fato de ter se tornado comum, ao longo dos anos, a contratação de médicos através de cooperativas, conforme explicitado por nossos interlocutores. Tal forma de contratação gera inúmeras suspeitas, questionando-se, obviamente, sua efetividade no pronto atendimento à população. Não é novidade que a terceirização da saúde vem crescendo exponencialmente (a despeito da existência do SUS), como pode ser constatado, no caso do Rio de Janeiro, pela criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do governo estadual, das quais nos ocuparemos com maiores detalhes adiante.

Embora difíceis de serem comprovadas, recebemos denúncias de existência de racismo institucional contra grupos minoritários, como quilombolas; e total falta de assistência à saúde da população carcerária feminina, em especial na Unidade Prisional Feminina de Bangu – Talavera Bruce.

4.1.2 Reunião com as lideranças do Complexo do Alemão e da Penha – Usuários da Zona Oeste

Na tarde de 21.10.2008 estivemos com as lideranças do Complexo do Alemão e da Penha, em reunião realizada no Centro de Promoção da Saúde – CEDAPS, organização que apoiou a

⁹ Isto se deve ao fato de os médicos do Hospital Estadual Getúlio Vargas, que ameaçaram fazer greve após serem ofendidos pelo governador do estado por se recusarem a trabalhar, terem apenas dois meses de formados. “Os médicos da rede pública do Rio decidem na próxima semana se entram em greve. O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio (CREMERJ) organizou ontem protesto em frente ao Hospital Getúlio Vargas, na Penha, zona norte do Rio, em repúdio à declaração do governador Sérgio Cabral (PMDB) que chamou segunda-feira de ‘vagabundos’ e ‘safados’ os médicos que faltaram ao plantão do último fim de semana. (...) A falta de cinco profissionais de saúde provocou um caos na emergência do hospital. Os médicos, por sua vez, reclamam dos baixos salários, sobrecarga de trabalho e falta de equipamentos. (...) os cinco profissionais que faltaram estavam com salários atrasados e contratos vencidos” - *Jornal O Estado de São Paulo*, 27/09/2008 – Vida – P.A. 31.

¹⁰ O Hospital Miguel Couto, como será detalhado adiante é um hospital de grandes emergências, instalado na zona sul do Rio de Janeiro. *Jornal O Globo*, 20/10/2008.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

realização da Missão. Além das diretoras do CEDAPS, Kátia Edmundo e Rogéria Nunes, compareceram ao encontro mais de 15 lideranças de diferentes pontos da Zona Oeste do Rio de Janeiro, região que apresenta a pior cobertura da rede de saúde no Rio de Janeiro.

As lideranças comunitárias, são, há muito tempo, a referência para quase todas as ações dentro das favelas. Os Agentes Comunitários de saúde presentes dentro das comunidades são moradores que procuram qualificar-se para atuar na área da saúde, independentemente do auxílio estatal, voltando os trabalhos aos seus pares¹¹.

De acordo com dados obtidos pelo CEDAPS, “O perfil geral dos grupos envolvidos demonstra que 31% destes são associações de mulheres; 20% são associações de moradores; 15% são grupos culturais; 17% são comitês da cidadania, 15% são grupos religiosos e 2% pertencem a outros segmentos. Dentre as lideranças, 72% são mulheres e 18% são homens; 11% encontram-se entre os 10 e 39 anos; 33% entre 40 e 50 anos; 38% entre 51 e 60 anos e 18% acima de 60 anos. Do total, 32% concluíram o 2º grau a partir de um esforço realizado para elevação da escolaridade, mas a grande maioria apresenta menos de oito anos de estudo. Deste universo, 16% fazem parte de Conselhos de Saúde e todas implementam ações locais de prevenção e promoção da saúde em suas comunidades”¹². A figura abaixo demonstra a divisão de cobertura de saúde por Áreas de Planejamento segundo a Secretaria Municipal de Saúde¹³.

¹¹ “Pobreza e direitos à saúde: a perspectiva da rede de Comunidades na luta contra a Aids no Rio de Janeiro/Brasil”, Texto produzido pelo CEDAPS.

¹² Edmundo, Kátia - “A resposta das comunidades populares do Rio de Janeiro ao HIV/AIDS: a ação local na perspectiva dos direitos humanos e da promoção da saúde”; CEDAPS, 2008.

¹³ AP 2.1 – Rocinha, Vidigal e Vila Canoa; AP 3.1 – Complexo do Alemão e Maré.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

O principal objetivo da reunião foi colher depoimentos dos usuários que dependem do funcionamento do Sistema SUS na cidade do Rio de Janeiro e têm seus direitos reiteradamente violados, tanto pela falta de rede de cobertura de saúde digna como pela ausência do Estado no controle da violência urbana, que agrava o acesso à saúde destas comunidades.

Dada a palavra aos nossos interlocutores, que por questões de segurança não terão seus nomes revelados, fomos informados de que a situação da saúde dentro da comunidade é “caso de polícia”. Os problemas relatados, em breve síntese, vão da falta de referenciamento dentro da insuficiente estrutura do Programa de Saúde da Família (PSF)¹⁴, ausência de política de planejamento familiar, falta de insumos para desenvolvimento de programas de promoção da saúde, existência de esquema de “máfia de senhas” dentro de postos de saúde e hospitais, ocorrência de clientelismo nas políticas de saúde, falta de humanidade e capacitação no atendimento, e por último e não menos grave: aumento da violência, que impede o desenvolvimento das ações de saúde.

Confirmando a surpresa do ex-ministro da Saúde Humberto Costa (vide nota 2) o maior número de problemas clínicos existente dentro da comunidade refere-se à hipertensão (superando inclusive diagnósticos de diabetes), provocada por fatores sociais, entre eles violência e desemprego. A falta de atendimento básico e a lógica de recortes de atendimento por regiões dentro da comunidade, desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde, deixa muitas pessoas sem assistência alguma. A comunidade acaba sendo subordinada à vontade dos profissionais dos postos de saúde, que deixam de atender pessoas que não pertencem àquela área de abrangência específica. Para chegar à unidade de referenciamento determinada através do Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde é necessário atravessar todo o Complexo, o que muitas vezes se revela impossível em virtude da violência.

Além de o atendimento ser negado dentro dos postos localizados no Complexo do Alemão e da Penha, o acesso dos profissionais ao local de atendimento é dificultado pela violência. Fomos informados sobre um caso em que uma funcionária do serviço social da Prefeitura se recusou a

¹⁴ O Programa Saúde da Família ou PSF, teve início, em 1994, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Em razão disso, o governo emitiu a Portaria n. 648 de 28 de março de 2006, onde fica estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

subir no morro porque não havia viatura disponível para acompanhá-la. Neste caso, a funcionária da Prefeitura foi solicitada a verificar denúncia recebida sobre uma mulher que era vítima de constante abuso sexual e apresentava problemas psicológicos. Casos como este são de extrema gravidade e, sendo devidamente comprovados, revelam conivência do Poder Público que, ciente de uma situação de risco ou de crime cometido, se omite e não toma as medidas cabíveis.

Agentes comunitários de saúde, que trabalham voluntariamente na promoção da saúde dentro das comunidades, informaram-nos sobre a falta de insumos para o desenvolvimento de seus trabalhos. Um simples exemplo é que para distribuir dentro das comunidades os agentes recebem por mês (quando não a cada dois meses), 10 caixas de preservativos contendo 144 unidades, para atender demanda de 10 mil pessoas. Estes agentes acabam tendo que desenvolver seus trabalhos de promoção de planejamento familiar sem método contraceptivo, o que se revela absurdo em pleno século XXI. Para desenvolver minimamente seus trabalhos de promoção à saúde, os agentes recorrem a organizações como o CEDAPS para conseguir insumos.

A atuação dos agentes acaba sendo limitada pela falta de ação efetiva do estado – em sentido amplo - uma vez que o referenciamento fornecido aos moradores não se efetiva, e as pessoas não conseguem atendimento nos hospitais e/ou postos de saúde. O trabalho destes agentes é muitas vezes desacreditado por não apresentar a resolutividade que gostariam, em função do exercício de micro poderes dentro das unidades de atendimento. “A população considera que o exercício do direito ao atendimento não é garantido pelo simples fato de serem pobres. A negociação direta a ser travada com os serviços públicos de saúde passa por um duro jogo de poder, que exclui a maioria da população, que não tem ‘poder de negociação’”¹⁵.

Adolescentes relataram que a opção existente, caso não tenham acesso a nenhuma das redes para conseguir preservativos, é vincular-se a algum programa de adolescentes. Tais programas, no entanto, violam claramente o direito à privacidade de quem solicita auxílio, uma vez que o usuário é obrigado a preencher minucioso formulário, indicando nome, idade, endereço e com

¹⁵ “Pobreza e direitos à saúde: a perspectiva da rede de Comunidades na luta contra a Aids no Rio de Janeiro/Brasil”, Texto produzido pelo CEDAPS.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

quem pretendem manter relações sexuais. Temendo pela própria segurança face à exposição a que estão sujeitos, estes adolescentes muitas vezes não utilizam os serviços.

O problema da falta de política de planejamento familiar se reflete claramente em casos de mulheres com mais de 6 filhos (algumas já na 10ª gestação) que não podem realizar o procedimento de laqueadura por este serviço não existir nos hospitais referenciados, nem tampouco existir maternidade dentro do Complexo. A maternidade mais próxima é a do Hospital Estadual Getúlio Vargas, que se encontra desativada em um dos dois andares inutilizados do hospital. As mulheres grávidas realizam verdadeira peregrinação quando chega a hora do parto em busca de hospital que realize o procedimento. As equipes de PSF e postos de saúde não conseguem referenciar o atendimento a nenhum hospital e, quando muito, realizam pré-natal.

Mulheres e adolescentes se queixam do atendimento ginecológico prestado, que desconsidera se a mulher é sexualmente ativa quando da realização do exame preventivo. A falta de humanidade no atendimento e comprometimento em conscientizar as usuárias de problemas recorrentes no trato ginecológico foi consenso geral entre as participantes.

Recebemos denúncias sobre recusa de atendimento em hospitais a mulheres que se submeteram, sem sucesso, a procedimentos abortivos, revelando claro julgamento moral por parte dos profissionais de saúde. O desespero de mulheres que sabem não ter possibilidades de criar um (ou mais um) filho leva-as a ingerir medicação para tratamento de mioma, que recentemente, foi descoberto ter efeito abortivo, ainda que muitas vezes o insucesso na ingestão leve ao nascimento de crianças com inúmeras seqüelas ou mesmo falta de membros. A falta de política de planejamento familiar e distribuição de preservativos às comunidades leva muitas mulheres a adotarem tais práticas.

Os agentes comunitários nos informaram ainda do total descaso da Secretaria Municipal de Saúde no que se refere à distribuição de medicamentos¹⁶. Dentro do Complexo do Alemão e da

¹⁶ A falta de medicamentos prejudica o tratamento dos pacientes, que recorrem muitas vezes à medicina popular e ao auxílio da religião, como se o direito a sobrevivência fosse uma dádiva diante da impossibilidade de realização de tratamento. Em *“Pobreza e direitos à saúde: a perspectiva da rede de Comunidades na luta contra a Aids no Rio de Janeiro/Brasil”*, Texto produzido pelo CEDAPS.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Penha não existe o Programa “remédio em casa”¹⁷. Os postos de saúde recebem remédios errados, que não atendem às necessidades da população e acabam vencendo. A falta de critério no envio de medicamentos, já que existem listas indicando quais remédios são necessários em cada PSF, é mais uma grave violação no atendimento da população.

A comunidade também se queixa da terceirização dos profissionais de saúde. A alta rotatividade de profissionais (que abandonam os PSFs quando suas cooperativas deixam de pagar os salários) aliada à precariedade da estrutura de trabalho das equipes atingiu, segundo informações recebidas, um dos agentes comunitários que apresentou infecção nas vistas. Em uma comunidade com 5 equipes de PSF, nenhuma conseguiu fazer o referenciamento do caso e o agente acabou perdendo as duas vistas pela falta de atendimento. Nem mesmo os agentes comunitários estão a salvo da deficiência do sistema.

Verificamos que, diante da omissão do governo nestas comunidades, os agentes comunitários se tornam indiretamente responsáveis pelo atendimento de seus pares e são cobrados por isso. Contam apenas com o apoio de organizações como o CEDAPS para o desenvolvimento de seus trabalhos.

Quando indagados sobre a última epidemia de dengue que atingiu o Rio de Janeiro, o descontentamento com o assunto foi geral. Segundo os membros das comunidades, o plano de combate apresentado pelo Ministério da Saúde no dia 20.10.2008 surgiu, na verdade, de dentro da própria comunidade, que mais uma vez se sente excluída das ações em saúde. Questionaram, assim, a contratação de novos agentes de endemia quando já existe número suficiente de agentes capacitados desde 2007 dentro da própria comunidade. A efetividade das novas contratações é colocada à prova quando os novos agentes se recusam a subir nos morros sozinhos, solicitando sempre o auxílio das lideranças para subir nessas comunidades.

O medo que impera, tanto nos agentes de endemia como em outros profissionais de saúde que temem pela sua segurança, é justificado; no entanto, o medo não pode justificar a grave violação de omissão no atendimento, cabendo à Secretaria de Segurança Pública providenciar escolta que permita a realização das ações de saúde. Não se justifica, por exemplo, o fato de as

¹⁷ O Programa Remédio em Casa tem como objetivo qualificar o atendimento aos pacientes, reduzindo filas de espera em postos de Saúde e garantindo comodidade com a entrega dos medicamentos necessários na residência do paciente através dos Correios. Para cadastrar-se, o paciente precisa estar inscrito no Programa de Diabetes e/ou Hipertensão da SMS- Rio.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

ambulâncias do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) não subirem em áreas de risco, segundo relatado pelas lideranças.¹⁸

Mais grave ainda é a presença de clientelismo na política de saúde. Isto se deve ao fato, segundo nos foi informado, de o Hospital Municipal Pedro II (no bairro de Santa Cruz) não possuir ambulâncias. No entanto, um vereador reeleito é dono de 5 (cinco) ambulâncias e sempre que o hospital necessita de serviços médicos de emergência, contata-o para emprestar uma das unidades móveis.

Além da recusa no atendimento, fomos informados de que nas comunidades do Batan (em Realengo), Morro do Urubu (no bairro de Pílares- AP32) não existe posto de saúde. Já na comunidade de Mato Alto, apesar de constar na divisão da Secretaria Municipal de Saúde uma equipe de PSF, na realidade ela não existe.

Uma das lideranças relatou o problema existente dentro dos Conselhos Distritais de Saúde¹⁹. Aqueles que fazem parte do Conselho, mas não concordam com as políticas adotadas, e mesmo os próprios membros da comunidade que procuram implementar alguma rotatividade nos representantes dos Conselhos, sofrem fortes represálias e ameaças. Um caso emblemático do perigo que correm aqueles que tentam lutar contra as políticas de Conselhos é representado pelas mortes de Edna Valadão e seu marido, que foram fuzilados em 1999 na Rua 24 de Maio, no Engenho Novo.²⁰

Fomos informados, ainda, do fechamento de posto de saúde em Senador Camará. O posto fechou por ordem de um traficante que, ao ser infectado por uma mulher daquela comunidade

¹⁸ A omissão de socorro é motivo de prisão, como ocorreu em Belo Horizonte recentemente, quando uma equipe do SAMU foi detida ao se negar a entrar numa favela para socorrer um aposentado de 88 anos com problemas respiratórios. *Jornal Folha de São Paulo – Caderno Cotidiano, 11.11.2008*

¹⁹ Os Conselhos Distritais de saúde são compostos por lideranças das comunidades, usualmente presidentes de associações de moradores que escolhem 10 membros para fazer parte do Conselho Municipal. O Conselho Municipal de Saúde foi criado através da Lei n. 1.746 de 23 de julho de 1991 (alterada pela Lei 2.627 de 29 de abril de 1998) e é constituído por 34 membros (12 membros indicados pelas entidades de representação dos usuários do SUS; 6 membros indicados pelas entidades de representação dos profissionais de saúde; 6 membros indicados pelos prestadores de serviço do SUS e 10 representantes dos Conselhos Distritais) e tem como principais atribuições participar da análise, da elaboração e da atualização das políticas do SUS, fiscalizando sua aplicação, entre outras funções.

²⁰ Marcos Otávio Valadão, presidente da Seção Rio da Associação Brasileira de Enfermagem, e sua mulher, Edma, presidente do Sindicato dos Enfermeiros do Rio, denunciavam irregularidades financeiras da direção do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Foram vítimas de um crime hediondo, quando se dedicavam, sempre de forma incansável à luta por uma enfermagem ética e por sua representação democrática, por condições de trabalho e remuneração mais dignas para o profissional enfermeiro. O casal foi morto durante uma emboscada no Engenho Novo, no dia 20 de setembro de 1999. Em <http://www.torturanuncamais-rj.org.br/medalhaDetalhe.asp?CodMedalha=167>

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

invadiu o posto e retirou a lista de todas as mulheres soropositivas que compareciam ao local para receber medicação. Além de ter ordenado o fechamento do posto, o mesmo traficante expulsou da comunidade todas as mulheres soropositivas²¹.

Curiosamente, a influência do tráfico não se manifesta apenas de forma violenta dentro das comunidades. Isto se reflete em situações em que Associações de Moradores procuram implementar políticas de saúde, como a instalação de um PSF dentro da comunidade. Para solicitar tais ações junto ao poder público, os moradores pedem primeiro uma autorização aos traficantes que, normalmente, permitem a instalação dos Programas. Os próprios traficantes possuem família e querem que seus parentes recebam atendimento.

Por fim, também em consenso geral, fomos informados pelos usuários de que é necessário mentir sobre o próprio endereço para não ser discriminado na hora do atendimento. Explicitar que é morador, por exemplo, do Complexo da Penha ou do Complexo do Alemão é motivo de discriminação. Muitos pagam, inclusive, médicos particulares para subir nos morros e realizar um tratamento.

4.1.3 A saúde no Rio de Janeiro sob a ótica dos profissionais de Saúde

No final da manhã do dia 21.10.2008 fomos recebidos no Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) por seu novo presidente, Dr. Luiz Fernando Soares Moraes²² e pelo Secretário Geral, Dr. Sérgio Albieri. Em uma rápida conversa sobre a situação da saúde no Rio, Dr. Luiz Fernando iniciou a discussão indicando que o sistema de cooperativas é inidôneo. Informou, ainda, que o próprio CREMERJ já instaurou procedimento no Ministério Público para apurar a atuação de tais cooperativas.

²¹ “O posto de saúde municipal Doutor Sílvio Barboza está fechado há uma semana por imposição do tráfico da Vila Aliança, na zona oeste do Rio de Janeiro. A unidade fica dentro da favela, no bairro de Bangu. Os funcionários do posto deixaram de trabalhar depois que o traficante Juarez Ribeiro da Silva, o Aranha, exigiu do diretor da unidade os nomes dos moradores da comunidade que são portadores do vírus HIV, causador da Aids”, *Jornal Folha de São Paulo*, 24/09/2008. Mais informações em <http://www.agenciaaids.com.br/site/noticia.asp?id=10634>

²² O Dr. Luiz Fernando Soares Moraes assumiu a presidência do CREMERJ em 01.10.2008, sucedendo a Dra. Márcia Rosa de Araújo.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Na visão do CREMERJ, o grande problema deste novo sistema de contratação de médicos por cooperativas é que o profissional fica vinculado à atividade fim e não à própria cooperativa. Indagados sobre os principais problemas da rede de saúde em geral, foram apontadas como as principais causas:

1. A precarização do vínculo de trabalho. Pela própria falta de vínculo do profissional com o local de trabalho não existe compromisso dos médicos com os hospitais que prestam atendimento;
2. A variedade de vínculos profissionais existentes dentro de alguns hospitais sendo que existem casos de pagamento de salários diretamente em dinheiro;
3. Em razão da precariedade do vínculo e péssimos salários, não existe plano de carreira que atraia os profissionais. Muitos deles acabam encarando o trabalho na rede pública como “bico”, sendo este o perfil que atrai médicos recém-formados, ainda sem experiência. Paralelamente, muitos profissionais acabam realizando plantões seguidos em locais diversos, afetando a qualidade do serviço prestado em razão do cansaço que apresentam no trabalho;
4. O salário de médicos estatutários gira em torno de R\$650,00 (salário nominal) a R\$1.300,00 incluindo gratificações;
5. A questão de insumos, ou seja, a falta de medicamentos, também é outro grave problema.

Indagados se o CREMERJ recebe denúncias dos próprios médicos sobre a situação dos locais em que trabalham, uma vez que faz parte do próprio Código de Ética Médica denunciar más condições de trabalho²³, fomos informados que o Conselho Regional de Medicina possui uma Comissão de Ética que informa constantemente ao Conselho a situação da rede de saúde.

Na visão do Presidente e Secretário Geral, os salários de médicos tanto da rede municipal, como estadual são muito baixos. Os gestores não têm condições de convocar os médicos

²³ Entre os princípios fundamentais presentes no Código de Ética Médica: “Art. 3º - A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.”; “Art. 19 – O médico deve ter, para com seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina”

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

escalados para os plantões para comparecerem ao trabalho porque estes simplesmente não têm nada a perder. Cargos comissionados, no entanto, são bem remunerados; médicos que possuem cargo em comissão chegam a receber 10 vezes mais que os salários normais.

O próprio CREMERJ fica em situação difícil frente aos seus médicos associados, uma vez que não tem condições de cobrar deles comparecimento ao trabalho, quando podem receber melhor em outra instituição. Questionados sobre o que achavam da atuação das fundações público-privadas na área da saúde, levantaram outro ponto de grande preocupação para a classe: o que fazer com os profissionais que já atuam nas unidades há mais de 10 anos? Como alterar o vínculo que possuem? E o que fazer com esta mão de obra defasada?

Sobre a rede física que existe hoje nas mãos do município, entendem não ser este o principal problema. O problema é, por exemplo, como alocar um médico para trabalhar no hospital municipal Pedro II em Santa Cruz, que fica a 74km do centro do Rio de Janeiro, que cumpra as 36 horas devidas que um médico concursado normalmente precisa cumprir, com os salários oferecidos atualmente?

Um ponto importante, que raramente é levado em consideração, quando se fala sobre o número de horas trabalhadas é analisar este fator à luz da especialidade do médico. Do contrário o profissional pode ficar engessado em um cartão de ponto.²⁴

Segundo o CREMERJ, as UPAs – Unidades de pronto Atendimento - em que pese seu efeito “paliativo”, não são a solução para tudo. Elas foram criadas para dar conta de uma situação de precariedade da rede básica (atuando como verdadeiros postos de saúde), mas não têm as especialidades de um hospital, o que configura a gênese do problema. As UPAs apresentam, assim, uma forma híbrida de atuação – atuam como posto de saúde e como um hospital de pronto atendimento.

Questionados sobre o cenário da dengue, informaram que o Estado assumiu literalmente a gestão do SUS no período, enquanto, em quase todo país, a gestão é responsabilidade do município. No Rio de Janeiro ocorreu uma gestão compartilhada.

²⁴ Um médico neurocirurgião leva em média oito horas para realizar uma cirurgia. O desgaste físico e pressão inerentes ao procedimento impedem que o mesmo cumpra as 36 horas desejadas realizando apenas cirurgias.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

4.2 Visitas aos hospitais

4.2.1 Visita ao Hospital Estadual Getulio Vargas

Na tarde do dia 20.10.2008 fomos recebidos pelo Conselho Gestor do Hospital Estadual Getúlio Vargas (HEGV). Ressaltamos que, diante da negativa da Secretaria Estadual de Saúde em receber esta Relatoria da Saúde, não tivemos autorização para visitar os hospitais da rede estadual inicialmente escalados. No entanto, o Conselho Gestor do Hospital fez questão de conversar com a Relatoria da Saúde, na sua sede dentro do hospital.

O Conselho Gestor (CG) é um conselho voluntário formado exclusivamente por membros da comunidade. Não recebem remuneração, vale transporte ou alimentação. No dia de nossa visita, fomos informados de que a direção do HEGV não fornece sequer água ou café ao CG, nem aos visitantes. A pequena sala que ocupam possui apenas um telefone que só recebe chamadas. Trabalham em escala de plantão e possuem mandato de quatro anos. O CG atual assumiu suas funções há um ano e meio; surpreendentemente, neste período, já passaram pelo HEGV outros dois diretores, sendo que o Dr. Marcelo Soares é o terceiro diretor a que o CG se reporta.

O HEGV é um hospital de grandes emergências que realiza diagnóstico e internações. Não realizam atendimento clínico, apenas emergências e cirurgias. O hospital é referência para aproximadamente um milhão de pessoas e possui dois – num total de três - andares desativados atualmente.

Indagados sobre a constante troca de diretores do hospital, o CG informou que um antigo diretor, Dr. Carlos Alberto Chaves, executou suas funções com extrema competência nos seis meses em que ocupou o cargo. Logo no início de seus trabalhos realizou minucioso levantamento de dados no hospital e descobriu 150 médicos fantasmas. No final de sua gestão andava com 3 seguranças e carro blindado por ter descoberto esquemas de corrupção dentro do próprio hospital²⁵.

²⁵ “O novo diretor do Hospital Getúlio Vargas, na Penha (subúrbio do Rio), Carlos Alberto Chaves, procurou nesta quinta-feira (11) a polícia para registrar queixa de ameaça de morte. A nova direção está fazendo uma auditoria para avaliar o funcionamento da unidade e há suspeita de irregularidades na folha de pagamento e com funcionários fantasmas. A ameaça teria sido feita pelo telefone celular do diretor administrativo do hospital. ‘Agora recebi uma comunicação e uma pressão para que nós parássemos com as investigações, que parássemos tudo que estamos fazendo no hospital. Não vamos parar nada’, disse Chaves. O delegado vai investigar o caso e determinou que o policial civil de plantão no hospital dê apoio a nova direção. Mais informações em <http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL583-5606,00.html>

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Inconformado com o tempo das internações do hospital, Dr. Chaves estabeleceu a “política de um mês”, que permitia que pacientes ficassem internados apenas por um mês quando o diagnóstico não apresentasse necessidade de maior tempo. Antes dessa medida os pacientes ficavam internados por até dois anos. Atualmente, o período de internação fica em torno de 3 a 5 meses. Trata-se de internação “boa”²⁶ necessária para garantir ao paciente uma vaga na cirurgia; caso contrário, nunca será operado.

Durante nossa conversa, tivemos a oportunidade de ouvir depoimento do neurocirurgião-chefe do hospital, via telefone. Ele relatou proposta feita pelo Secretário Estadual de Saúde para reativação do setor de neurocirurgia; caso ele conseguisse montar um grupo de 14 médicos em sua equipe, a neurocirurgia do HEGV voltaria a funcionar normalmente. O neurocirurgião conseguiu apenas 10 médicos. Informou que muitos não se interessam em trabalhar por menos de R\$ 6.000,00 (seis mil reais). O Secretário Estadual de Saúde, no entanto, falou que só pagaria os salários quando o grupo contasse com 14 médicos. Enquanto isso os 10 médicos, que já se interessaram, não recebem e tampouco iniciaram seus trabalhos.

Na visão do CG os piores problemas que o HEGV apresenta atualmente são: falta de médicos, falta de insumos e falta de medicamentos. Fomos informados ainda de esquemas de inutilização de equipamentos. Explica-se: são realizados “gatos” na fiação dos equipamentos, provocando curto circuito, o que provoca a impossibilidade de uso destes aparelhos e, paralelamente, cria-se uma demanda de conserto dos equipamentos.

Tivemos acesso às Atas de reuniões e assembleias do período de 18 de junho a 16 de julho de 2008 da Associação dos Funcionários do HEGV. Dentre os diversos assuntos tratados, o seguinte trecho nos chamou atenção: “No dia 17/06/08 a Associação dos Funcionários participou da reunião ordinária do conselho Gestor do H.E.G.V. presidida pelo Sr. Dalmir Machado – Assessor Jurídico da Direção Geral da Unidade- na qual foram discutidas as pautas: (...) serão tomadas providencias cabíveis quanto a: existência de um ferro velho nos fundos da Unidade com foco de dengue, a não realização de prescrição médica de alguns plantões noturnos, os recursos humanos deficitários de médico clínico principalmente no Serviço de

²⁶ A internação “boa” ocorre quando o paciente não apresenta nenhum problema de emergência, mas necessita submeter-se a procedimento cirúrgico de rotina, como a colocação de uma placa na coluna. O período que antecede este procedimento é considerado uma internação boa, e já durou no passado cerca de 2 anos, estando hoje entre 3 e 5 meses.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Pronto Atendimento e Emergência, quanto aos objetos que caem acidentalmente dos andares, quanto à falta de insumos da Unidade, (...)”

Observa-se que, em termos de infra-estrutura, o HEGV está longe de apresentar condições de funcionamento, uma vez que o local de atendimento acaba se tornando um foco de contaminação para aqueles que apenas acompanham os pacientes. O HEGV conta hoje com aproximadamente 2.000 médicos, entre estatutários e cooperativados. Na visão do CG, os médicos estatutários faltam mais ao trabalho por falta de comprometimento²⁷. De modo geral, o setor mais sobrecarregado é o de enfermagem que, muitas vezes, realiza procedimentos de responsabilidade dos próprios médicos.

Indagados sobre a UPA inaugurada em frente ao HEGV, fomos informados que foi construída às pressas, dentro do parque “Ary Barroso” na Penha, e possui equipamentos muito melhores que o hospital. Ressalte-se que tanto a UPA quanto o HEGV fazem parte da rede estadual de saúde.

Durante nossa visita, diversas foram as tentativas de contatar o diretor do hospital, Dr. Marcelo Soares que, ao ser informado de nossa presença no local, não veio nos receber. Ao sairmos do HEGV pudemos observar que havia fila para atendimento do lado de fora da UPA recentemente instalada em frente ao HEGV.

A fachada do Hospital Estadual Getúlio Vargas com seus dois últimos andares desativados.

²⁷ O CG informou que durante a gestão do Dr. Chaves foi descoberto caso de médico que se aposentou sem ter comparecido sequer uma vez ao trabalho.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) construída em frente ao HEGV.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

4.2.2 Visita ao Hospital Municipal Souza Aguiar

Ainda que tenhamos sido previamente autorizados a visitar o Hospital Municipal Souza Aguiar na tarde do dia 20.10.2008, ao chegarmos ao hospital não havia ninguém no gabinete da direção. Sequer as secretárias. A funcionária de plantão no saguão do hospital ficou visivelmente envergonhada com a situação e inúmeras foram as tentativas de ligar e verificar pessoalmente que o gabinete da direção se encontrava fechado e com as luzes apagadas. Apresentamos email enviado pela própria secretária do diretor confirmando nossa visita.

O fato de, em plena segunda feira, não haver mais ninguém num hospital do porte do Souza Aguiar ao final do horário de visitas, demonstra a total falta de comprometimento com o trabalho dos servidores. Qualquer parente de paciente internado que desejasse conversar com o diretor, após o horário de visitas, encontraria o gabinete deserto.

Enquanto aguardávamos as reiteradas tentativas de contato com o gabinete, o horário de visitas terminava e diversas pessoas saíam do hospital. Avistamos gatos perambulando pelo saguão do hospital.

Curiosamente, em dezembro de 2007, o Souza Aguiar foi foco de bactérias que causaram morte de pacientes. O atual diretor do hospital, Dr. Josué Kardec, se recusou a fechar o CTI alegando que os pacientes infectados estariam apenas colonizando a bactéria²⁸.

4.2.3 Visita ao Hospital Municipal Miguel Couto

Fomos recebidos na manhã do dia 21.10.2008 no Hospital Miguel Couto pela Dra. Stella Barros – Coordenadora da Emergência; e pelo vice-diretor do hospital, Dr. Adilson de Araújo Silva. Em virtude da semana entre 20-25 de outubro ser o aniversário do hospital, a diretora, Dra. Solange Bevilacqua, estava participando de evento comemorativo da instituição e veio nos cumprimentar apenas ao final da visita.

O Miguel Couto é um hospital de grandes emergências que também realiza internações. São 480 leitos, incluindo macas. Na opinião de Dra. Stella, o ideal seria que o ambulatório do

²⁸ Este é o problema viral do caos que pode transcender as instalações hospitalares. Os pacientes renais crônicos, por exemplo, são os mais expostos a esse tipo de contaminação. Caso a condição sanitária do hospital não seja adequada, as sessões de diálise podem se transformar em situação ideal de contágio por bactérias multirresistentes.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

hospital fosse também de acompanhamento. O hospital Miguel Couto não possui ambulatório clínico, só ambulatório de pronto-atendimento, para tratar casos de baixa complexidade. Por esta razão, referenciam os casos para outras unidades.

Fomos informados de que o atendimento ambulatorial é realizado através de senhas: o paciente retira a senha e aguarda sentado em ambiente com ar condicionado. No dia da visita, o hospital apresentava movimento pequeno em comparação a qualquer outro dia. Em termos gerais, a infra-estrutura do hospital é boa: corredores limpos, setores bem identificados, equipamentos em funcionamento, elevadores e ar-condicionado em todos os ambientes. Faltam, no entanto, recursos humanos e apresenta superlotação em alguns setores, como nos Centros de Tratamento Intensivo (CTI): o normal seriam 16 leitos ocupados, quando, em verdade, possuem 35 a 40 leitos ocupados, como pudemos observar.

Fomos informados de que não existe fila para exames laboratoriais, os resultados saem em poucas horas ou no mesmo dia. Outros exames, que demandem recurso humanos, como raios-X e tomografias, apresentam alguma demora para entrega de resultados.

Dr. Adílson informou que o Miguel Couto atende pacientes de outros municípios, que deveriam se dirigir à rede estadual. Isto acaba congestionando a emergência do hospital.

Dra. Stella ressaltou ainda que um convênio com o Ministério da Saúde terminou há aproximadamente quatro meses e o governo federal retirou os poucos servidores federais que prestavam atendimento no Miguel Couto. Existem mais servidores municipais lotados na rede federal do que o inverso. Com isto um grande problema foi gerado: a demanda dobrou justamente no período em que os recursos humanos diminuíram.

O Miguel Couto conta com um médico clínico por equipe, sendo que algumas equipes apresentam número maior de pessoal por conta da contratação por cooperativas. De qualquer forma este número oscila muito, uma vez que, pela falta de vínculo contratual, estes médicos se demitem facilmente.

A maior parte dos médicos no Miguel Couto é estatutária. Como a própria diretora do hospital nos informou, são cerca de 1500 funcionários na enfermagem e 450 médicos (425 estatutários e 25 cooperativados). Médicos cooperativados são normalmente alocados na emergência; razão pela qual em 19 de outubro de 2008, no dia em que a missão se iniciou, os médicos de plantão

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

na emergência não foram trabalhar e o setor de emergência fechou naquele dia. As cooperativas atrasaram seus salários e eles não compareceram ao plantão. Na opinião de nossos interlocutores os médicos cooperativados não têm compromisso com o trabalho, a falta de vínculo permite a eles liberdade de não dar aviso prévio ao pedirem demissão.

Dr. Adílson nos informou que, em situações como esta, os próprios médicos, sabendo quais colegas estão em cooperativas, acabam recorrendo aos seus serviços para cobrir a falta de pessoal no hospital.

Dra. Stella explicou como é realizado o atendimento na emergência: primeiramente realizam a “classificação de risco” (triagem); na seqüência os pacientes são encaminhados aos ambulatórios ou setores de atendimento de maior gravidade. Normalmente, após o atendimento no pronto-socorro, o paciente vai embora com o devido encaminhamento.

Apesar de não ser um hospital-escola, o Miguel Couto recebe estudantes de medicina, que optam por estar numa instituição melhor. Apesar de trabalharem sempre sob extrema pressão pela elevada carga horária e pouco pessoal, o hospital apresenta resolutividade, segundo Dra Stella.

O setor de pediatria do hospital é o único que não apresenta problema de falta de pessoal. O índice de mortalidade no hospital é baixo. Indagados sobre o que mais necessita o hospital Miguel Couto, recebemos a enfática resposta: “precisamos de médicos!”

4.2.4 A rede hospitalar de emergência segundo relatório da Câmara Técnica e Gestão dos Serviços de Saúde do CES

O presidente do Sindicato dos Médicos, Dr. Jorge Darze, disponibilizou a esta Relatoria de Saúde extenso relatório elaborado em 2005 pela Câmara Técnica de Gestão dos Serviços de Saúde do Egrégio Conselho Estadual de Saúde (CES) do Rio de Janeiro em face de denúncias encaminhadas a este órgão²⁹. Através da realização de visitas técnicas foram inspecionadas seis

²⁹ Membros da Câmara Técnica de Qualidade e Gestão CES/RJ: Jorge Sale Darze, Urquilei dos Santos Pinheiro, Claudia Regina da Silva Braz. Equipe Técnica: Elvira Maciel, Rosângela de Araújo Cunha, Aluísio Barros Filho.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

unidades de emergência sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde. Tal trabalho teve como cerne as disposições da **Portaria n. 1.101/2002** do Ministério da Saúde, onde foram elencados os parâmetros mínimos desejados para que os serviços de saúde possam ser prestados com precisão e qualidade³⁰, de acordo com o manual de definição dos indicadores e parâmetros médico-hospitalares do governo do Distrito Federal da Secretaria de Saúde e Fundação Hospitalar de maio de 1995.

Devido à extensão do documento, que levou vários meses para ser concluído, destacaremos apenas as principais descobertas verificadas nas unidades visitadas, ainda que pelo decorrer do tempo, possa ter havido alguma melhora ou piora nas unidades. Em que pese qualquer mudança na gestão dos hospitais visitados, as descobertas feitas revelam graves violações por parte da Secretaria Estadual de Saúde no pleno atendimento ao direito à saúde dos cidadãos, devendo, ao final, ser apurada responsabilidade. O teor integral do referido relatório pode ser encontrado no Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro.

- **Hospital Estadual Adão Pereira Nunes:**

“1 – PORTA DE ENTRADA: devido à greve dos servidores a porta de entrada não está funcionando, estando alguns servidores fora deste recinto realizando o que se entende por triagem para selecionar os casos que deveriam ser atendidos por motivo de emergência. Ao examinarmos o mobiliário existente neste setor, verificamos sua total inadequação ao que postula a NR-17 da Portaria 3214/78 do TEM. Assim também os equipamentos, microcomputadores, sem protetores de tela, sem apoio para os punhos e colocados em mesas que nem de longe se aproximam das normas já referidas. As fotos tiradas do local são mais explícitas do que muitas laudas descritivas.

2 – SETOR DE EMERGÊNCIA (masculino e feminino): possui 12 (doze) macas cada um. Descumprindo as normas da vigilância sanitária; todas as lixeiras estavam destampadas. A identificação dos pacientes nas macas é improvisada permitindo o extravio dos prontuários. Não há formulários específicos para identificar os pacientes obrigando os médicos a anotar os nomes dos pacientes em folha de caderno que são afixadas ora nas paredes ora nas macas por meio de

³⁰ A Portaria faz referência aos quantitativos mínimos de Recursos Humanos em cada função para o total de consultórios, leitos e salas de cirurgia, clínica médica ou por cada aparelho de RX fixo, ECG, EEG, Ultrassonografia, etc.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

esparadrapo. Denota um grave descaso da direção em relação à segurança e ética do trabalho dos médicos e do atendimento realizado aos pacientes.

3 – APOIO ÀS EMERGÊNCIAS: apenas metade do material é fornecida. A sala de espera para o atendimento é extremamente precária não oferecendo acomodações dignas para os pacientes. A grande maioria dos pacientes no setor de emergência era constituída por idosos. Não há fornecimento adequado de uniformes conforme tamanho dos servidores obrigando-os a adotarem práticas de adaptação e ajuste mediante o uso de esparadrapo.

4 – SETOR DE PEDIATRIA: a emergência pediátrica é limpa, possui 08 (oito) macas. O serviço de nutrição é terceirizado. A água para consumo dos funcionários e dos acompanhantes dos pacientes está acondicionada em vasilhames reaproveitados de sucos e/ou polpa de frutas oferecidas pelo hospital. No setor de atendimento à parada cardiorrespiratória e trauma não há RESPIRADORES. O CTI pediátrico tem capacidade para atendimento a 06 (seis) pacientes, porém, vem atendendo a cerca de 10 (dez) crianças em média. Há falta de MONITORES e equipamento de informática o que impede o atendimento com plena capacidade. Os exames de laboratório (bioquímica) são realizados em aparelhos que são contratados por “leasing”.

5 – LABORATÓRIO: o material (sangue, urina, fezes e outros) é colhido pelos próprios membros da equipe. A coleta em adultos é realizada pelos funcionários do laboratório.

6 – REPOUSO DA ENFERMAGEM: dimensões reduzidas e totalmente inadequadas para atender ao preconizado pela NR-24 do MTE. Não há ventilação. A copa destinada ao setor foi transformada em quarto para os maqueiros e também não possui ventilação.

7 – SETOR DOS RAIOS-X: ante-sala apresentando rachadura que atinge a parede e o teto. Exala no recinto um forte cheiro de produtos químicos (revelador e fixador) concentrado no ambiente devido à falta de exaustão. Conforme informações colhidas não são realizados exames periódicos nos funcionários há mais de três anos, contrariando a NR - e a Portaria 3214/78 do MTE e Art. 168 da CLT. Não usam dosímetros desde 2001. Somente 01 (um) aparelho de raios-X portátil em funcionamento.

8 – TOMÓGRAFO: mesa de comando onde está o computador do tomógrafo não obedece ao preconizado pela NR-17 do MTE, Portaria 3214/78, no que diz respeito à ergonomia. Não há manutenção e o encosto da cadeira do operador está fixado com esparadrapo. O equipamento não

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

possui contrato de manutenção. Há apenas manutenção corretiva quando ocorre algum defeito.

9 – CTI: dos 08 (oito) monitores existentes no CTI, 05 (cinco) são próprios e 03 (três) são emprestados de outros setores do hospital. Área física ampla e nos padrões de limpeza preconizados. A unidade coronariana funciona com 04 (quatro) leitos, porém não possui monitores! É um absurdo! O aparelho de gasometria para atender ao CTI adultos é utilizado para a pediatria. Há solicitação de compra do equipamento, porém ainda não foi concluído – ver processo E-08/878/2002! Em todos os setores visitados não encontramos nenhum onde possamos perceber a preocupação com a NR-17 do MTE, isto é, prevenção das DORT/LER.

10 – TERAPIAS OCUPACIONAIS: os profissionais de terapia ocupacional reclamam que houve o concurso, mas nenhum deles foi chamado para ocupar o cargo.

11 – UTI NEONATAL: a UTI possui 05 (cinco) leitos e 09 (nove) berçários. O atendimento supera em muito a capacidade da unidade; cerca de 22 (vinte e dois), o que implica em falta de equipamentos para o atendimento condigno e seguro. Devido à demanda, há necessidade de ampliar para o dobro o número de leitos. Faltam insumos básicos devido à grande demanda, como, por exemplo: fraldas, equipos para bomba infusora e bombas infusoras, bem como medicamentos específicos (alto custo). Os sensores são descartáveis, porém, são utilizados até que sua vida útil acabe.

12 – SETOR DE ESTERILIZAÇÃO: verificamos que os profissionais trabalhavam sem uso de EPI (equipamentos de proteção individual – luvas, máscaras, gorro, etc.) como preconizam as regras da vigilância sanitária. Odor ambiente insuportável denunciando a ausência de exaustão e/ou circulação do ar, com alta concentração de substâncias químicas voláteis como hipoclorito de sódio e glutaraldeído expondo os trabalhadores ao risco de apresentarem doenças hematológicas do tipo plaquetopenia, leucopenia, etc. Não há termômetro para controle da temperatura ambiente. A água para consumo dos funcionários e dos acompanhantes dos pacientes está acondicionada em vasilhames reaproveitados de sucos e/ou polpa de frutas oferecidas pelo hospital. Observamos infiltração no teto do setor onde são armazenados os materiais esterilizados. O acesso ao setor de esterilização é feito pelo banheiro (com sanitários, armários e pias). As lixeiras estavam sem tampas. As embalagens de proteção dos materiais esterilizados são fechadas à mão com fita crepe, repetindo o que vem sendo feito há 02 (dois) anos. Há informações que indicam que máquina seladora já foi solicitada. Sala de repouso dos funcionários, de dimensões reduzidas e totalmente

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

inadequadas para atender ao preconizado pela NR-24 do MTE. Não há ventilação. Espaço exíguo. Pés das camas com apoio improvisado com tubos de papelão utilizados na selagem dos materiais esterilizados. O carrinho utilizado para a retirada do material de dentro da autoclave é improvisado e causa danos à saúde dos trabalhadores que atuam no setor.

13 – LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA: não está realizando os exames necessários por falta de equipamentos.

14 – LAVANDERIA: o serviço é terceirizado com a empresa de lavanderia lógica e só há rouparia, embora haja instalações para pleno funcionamento.

15 – ALMOXARIFADO: guarda somente insumos básicos. Ainda não está organizado. Funciona 24 (vinte e quatro horas).

16 – ROUPARIA: as costureiras trabalham sem proteção auditiva. Há 01 (uma) prestadora de serviços que não tem vínculo empregatício com a empresa terceirizada. As costureiras não fizeram exame pré- admissional como preconizado pela NR-7 da Portaria 3214/78 do MTE. O sistema de ventilação é insuficiente.

17 – FARMÁCIA: dispõe de análise estatística dos medicamentos mais utilizados. Trabalham com grade de exclusão, isto é, remédios que não precisam ser adquiridos por já existirem em estoque. O fracionamento é feito pela farmácia para evitar a utilização de medicação fora do prazo de validade.

18 – REFEITÓRIO E COZINHA: o serviço é terceirizado com a empresa BELA VISTA, ficando a montagem dos pratos controlada pelo hospital. O setor lactário está localizado sobre uma caixa de inspeção da rede de esgoto pluvial. Falta o profissional para operar o esterilizador e as autoclaves para esterilização das mamadeiras. A empresa PEDRA POSSE RESTAURANTE é a responsável pelo fornecimento das refeições das mamadeiras.”

- **Hospital Estadual Getúlio Vargas:**

“(…) 4.1 ACESSO: Trata-se de um hospital geral com serviço de porta de entrada, emergência com atendimento de média e alta complexidade, com uma demanda variável de aproximadamente 20.000 pacientes/mês; sem atendimento ambulatorial.

4.2 MEIOS: Porta de entrada- devido à greve dos funcionários da Saúde, a triagem que, via de regra

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

é realizada na porta de entrada, estava ocorrendo de forma improvisada no corredor, sem a menor preocupação com as condições de trabalho dos médicos que ali atendiam: cadeiras e mesas inadequadas e sem local para um exame mais acurado de algum paciente que por seu estado de saúde precário necessitasse. Ali transitavam pacientes, servidores, familiares, policiais e outras pessoas em busca de informações.

Sala de Tomografia Computadorizada: Conta com 2 aparelhos em funcionamento, atendendo de 35 a 40 pacientes/dia. Observamos que nenhum funcionário usava o dosímetro há quatro meses e não nos foi apresentado nenhum relatório de inspeção pela CNEN. A câmara escura e de revelação de filmes exalava um cheiro penetrante de volatilização dos compostos químicos utilizados para revelação e fixação de películas de RX porque os recipientes estavam destampados. Instalações: Mesas e cadeiras utilizadas são inadequadas ao serviço, existe a falta de protetor de tela para o computador.

Setor de Raio X: Instalações- sala apresenta rachaduras no teto, que, segundo a diretora foi vistoriado pelo EMOP e liberada. A iluminação é deficiente, monitores de computadores sem protetores de tela, mobiliário ergonomicamente inadequado, teclados sem apoio para os punhos, falta de apoio regulável para os pés, mesa sem tampo regulável.

Lacunas no Processo de Biossegurança: Funcionários trabalhando sem o uso de dosímetro há quatro meses.

Emergência Masculina-Sala Vermelha: Instalações: Equipamentos utilizados precisando de manutenção. Lacunas no processo de Biossegurança: Galões de água sem indicação da procedência, banheiros sem condições de higiene.

Emergência Feminina-Sala Vermelha: Instalações: Equipamentos utilizados precisando de manutenção. Lacunas no Processo de Biossegurança: Galões de água sem a devida procedência, banheiros sem condições de higiene.

Emergência Masculina-Sala Branca: Instalações: Apresentando superlotação, segundo relato de médicos e enfermeiros de plantão. O espaço físico tem capacidade para comportar dezesseis pacientes, entretanto, havia 50 pacientes sendo atendidos, gerando assim, a improvisação de leitos. A ventilação do setor estava totalmente prejudicada ou inexistente emulsificando os mais diversos miasmas. As equipes médica e de enfermagem trabalhavam precariamente utilizando-se de

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

mobiliário completamente deteriorado sem manutenção e sem o devido conforto. Existe déficit de funcionários. Respiradores e monitores necessitando de manutenção. Faltam locais apropriados para a guarda dos prontuários sendo os mesmos “guardados” em baixo dos colchonetes dos leitos e macas dos pacientes estando sujeitos a serem danificados e inutilizados. Lacunas no processo de biossegurança: pacientes com doenças infecto-contagiosas dividindo o espaço com os demais.

Enfermaria Feminina- Sala Branca: Instalações: Apresentava superlotação, segundo relato de médicos e enfermeiros de plantão, a pressão da demanda de pacientes faz com que se improvisem leitos, e pacientes com indicação de CTI permaneçam na enfermaria, já que a Unidade Hospitalar conta somente com 8 leitos no Serviço de CTI. Lacunas no processo de biossegurança: pacientes com doenças infecto-contagiosas dividem o mesmo espaço com os demais.

Pediatria: Instalações sem acomodação para acompanhantes. A Unidade Hospitalar não conta com CTI pediátrico, isso faz com que casos de indicação para o mesmo fiquem prejudicados. Apresenta déficit de funcionários.

Hemoterapia: Instalações: Espaço físico insuficiente para o bom desempenho dos serviços, e acomodações precárias para os plantonistas, que chegam a trabalhar de pé. OBS: no serviço de Pronto-Atendimento (SPA), da oftalmologia e otorrinolaringologia, segundo relatado pelas médicas de plantão, o serviço de otorrino não conta com material apropriado para a retirada de corpo estranho nos pacientes e a cadeira não recebe manutenção estando emendada com esparadrapo. O serviço de oftalmologia não dispõe de meios para diagnosticar e tratar casos de glaucoma e realização de micro-cirurgia.

Esterilização: Instalações - espaço físico insuficiente para o bom desempenho dos serviços. O setor conta com três autoclaves, sendo que uma não está em funcionamento. Lacunas no processo de biossegurança: verificadas goteiras no teto do corredor por onde sai o material já esterilizado e pronto para uso.

Centro Cirúrgico: Instalações: Conta com oito salas no total. RPA: Possui quatro leitos

Sala 1: Em funcionamento, apresentando rachaduras no teto, e desgaste no piso. Sala 2: Em funcionamento, apresentando rachaduras no teto, e desgaste no piso. Sala 3: Em obras. Sala 4: Em obras. Sala 5: Em funcionamento e apresentando bom estado. Sala 6: Em obras. Sala 7: Em obras.

Centro de Atendimento Intensivo – CTI: Instalações: Serviço contando com oito leitos em

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

funcionamento, com equipe profissional completa, monitor e respiradores funcionando.

Cozinha: Instalações: ambiente escuro, utensílios utilizados precisando de reposição. lacunas no processo de biossegurança: esgoto entupido mostrando acúmulo de restos de alimentos deteriorados

Caldeiras: Instalações- localizadas no subsolo do prédio, embaixo do restaurante, mostrando desgaste por uso e existência de vazamentos das mesmas. O livro de registro das caldeiras é preenchido de forma inadequada, denunciando freqüentes panes e manutenção precária; o ruído é insuportável e o funcionário trabalha sem equipamento de proteção auditiva, com vestimenta inadequada, sem luvas. O odor exalado denuncia o vazamento de combustão.

Lavanderia: Instalações- equipamentos apresentando desgaste, deterioração e ferrugem, com vazamento no cano que abastece as máquinas de lavar. Na sala de centrifugação e separação das roupas, o ruído e a temperatura produzidos pelos equipamentos são elevados. As centrífugas apresentam-se sem tampas. Os funcionários não usavam equipamentos de proteção.

Almoxarifado: Instalações - sala sem ventilação, rede de esgoto passando pelo teto com sinais de infiltração na estrutura.

Conclusão: Os fatos observados apontam o não cumprimento das normas da NR-17, NR-8, NR-24, NR-15, assim como da portaria 19 do MTE.”

- **Hospital Estadual Carlos Chagas:**

“(…) 4.1. ACESSO: O Hospital atende uma média de 700 pacientes/dia, prestando também serviço ambulatorial básico.

4.2. MEIOS: Grande Emergência: Instalações - espaço físico insuficiente, não comportando a demanda do atendimento; possui 06 (seis) leitos, sendo que, no momento da visita, se encontravam treze pacientes em macas improvisadas no corredor. Existem três monitores em funcionamento. Todas as lixeiras com tampa. Ausência de bebedouros. Sala de Estar dos médicos e enfermagem sem conforto, com macas sem roupas de cama. Sanitários em mau estado de conservação. A manutenção dos equipamentos é feita de forma corretiva e não preventiva. Falta roupa de cama.

Sala de trauma: Existe a permanência de pacientes com doenças crônicas esperando vaga na

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

enfermaria, prejudicando o pronto atendimento de poli-traumatizados

Sala de Endoscopia: Instalações: espaço físico inadequado, não comportando a demanda do atendimento. Atende emergência e enfermaria, funcionando 24 horas com um médico de plantão.

Pediatria: Instalações: acomodação insuficiente para os acompanhantes; falta uma sala de triagem médica. OBS: Todos os sete leitos estavam ocupados. Existem 02 (dois) pediatras de plantão, sendo que os mesmos atendem também nas enfermarias, deixando a equipe desfalcada.

Sala de odontologia: Instalações: iluminação insuficiente com focos de luz improvisados. OBS: havia um odontólogo de plantão e 01 (um) auxiliar de enfermagem. O RX não estava funcionando. Os aspiradores estavam funcionando.

Sala de Curta Permanência: com nove leitos ocupados; 02(dois) médicos plantonistas; uma enfermeira e 04(quatro) auxiliares de enfermagem.

Ambulatórios: fechados devido à greve de funcionários.

Necrotério: possui quatro câmaras frias não suficientes para atender a demanda, cadáveres ficam empilhados

Anatomia patológica: Instalações - sala sem ventilação. Ambiente insalubre. Equipamentos precisando de reposição. Arquivo obsoleto (anotações feitas à mão e arquivadas de maneira inadequada). Existe 01 (um) técnico de laboratório de plantão. OBS: Segundo funcionário de plantão, o laboratório está para entrar em obras.

Lavanderia (foi terceirizada) – Realizam ali apenas trabalhos de costura

Caldeira: Instalações: está localizada no pátio do hospital. Possui um gerador funcionando. O maquinário é do próprio hospital. Lacunas no processo de biossegurança: funcionários trabalhando sem equipamentos de proteção. OBS: A firma que faz manutenção não recebe há 06 (seis) meses.

Cozinha: Instalações: a chama dos fogões não se encontra regulada. Exaustores funcionando. Painéis, com alimentos, destampadas. Lacunas no processo de biossegurança. Funcionários trabalham usando toucas, botas e roupas apropriadas. OBS: A firma que fornece a alimentação não recebe há 03 (três) meses.

Conclusão: Não foi possível concluir a visita, pois a mesma teve que ser interrompida devido a uma

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

explosão de uma autoclave dentro do laboratório, que provocou a ruptura da tubulação de água, alagando corredores e emergência, sendo que a emergência foi imediatamente fechada. Houve destruição total do laboratório afetando também a sala de RX que teve de ser fechada. Uma funcionária do hospital sofreu um ferimento na cabeça provocado pela queda do ventilador de teto.”

- **Hospital Albert Schweitzer:**

“(…) Número Diário de atendimentos – 1.300 a 1.500/dia OBS: Unidade em greve.

Três andares (4º, 5º e 6º) e centro cirúrgico (2º) em reforma (apenas 02 salas cirúrgicas em funcionamento; estão sendo construídas mais 05). CTI em construção com previsão total de 20 leitos, sendo 06 destinados à unidade coronariana. Não estão sendo feitas cirurgias eletivas: só serão marcadas após o fim da reforma do Centro Cirúrgico. A obra está “praticamente parada” por falta de dinheiro (alegação da SES segundo o Dr. Paulo Branco).

A firma que fornece alimentação não é paga há 06 meses, destinando-se a verba orçamentária à alimentação. A lavanderia e a limpeza são terceirizadas. Atualmente o Hospital conta com 290 leitos, mas apenas cerca de 250 estão ativos. Em geral a ocupação é de 100%.

Falta brigada de incêndio e treinamento simulado. Não há pára-raios (foi roubado e ainda não substituído).

Equipes de plantão compostas por 06 clínicos, 05 pediatras (para aproximadamente 400 atendimentos/dia); 02 cirurgiões (no andar); 03 ortopedistas; 01 anestesista. Há 04 neurologistas diaristas no andar chamados à emergência quando necessário.

1. Direção: Ambiente claro e arejado, no entanto o mobiliário não leva em conta aspectos ergonômicos, assim como nos demais setores do hospital. Há um microcomputador e um aparelho de fax. Sanitário em boas condições de higiene.

2. Emergência: Aspecto geral - a entrada e o fluxo de pessoas é livre. (não há condições de segurança); ar condicionado central com defeito e janelas fechadas; lixeiras e ralos sem tampas; pacientes em macas e cadeiras pelo corredor principal; roupa de cama, principalmente colchas e cobertores ,é trazida por familiares de pacientes; um mesmo cômodo serve como vestiário dos funcionários e depósito de material de limpeza; ausência de bebedouros; sanitários em mau estado

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

de conservação; sala de estar dos médicos e da enfermagem sem qualquer conforto (aparência de depósito, com macas sem roupa de cama e buraco no rebaixamento do teto).

2.1. Pediatria: triagem feita no corredor por uma pediatra. As mães e pacientes aguardam em fila, de pé. Sala de Atendimento/Curta Permanência. No momento de nossa visita estava sendo feita uma transferência para o IEISS (meningite) OBS: não há meio de isolamento e a criança encontrava-se no mesmo ambiente que as demais;

2.2. Clínica Médica: 06 (seis) pacientes em macas no corredor, em sua maioria idosos; 01 (uma) paciente deitada em uma prateleira por falta de maca; embora seja significativo o número de infartos e AVC não há leitos de unidade coronariana nem cardiologista em todos os plantões. Há uma Unidade Intermediária com 04 leitos, equipada com 04 monitores e 05 respiradores, sendo 01 para crianças de até 08 anos. Banheiro sem descarga e sem água quente.

Carências apontadas pela equipe: geralmente faltam antibióticos; algumas vezes soro fisiológico, glicosado e ringer lactato; não há bombas infusoras em número suficiente; o laboratório é precário; freqüentemente faltam reagentes para bioquímica sanguínea. Não há bacteriologia; não há sala de ressuscitação cardio-pulmonar; poucas equipes estão completas; as mais afetadas são as de final de semana. Há profissionais concursados e cooperativados; falta segurança.

3. Odontologia: Pessoal: 01 acadêmico bolsista oficial (7º período), 01 auxiliar de enfermagem, 01 técnico ACD, 03 odontólogos. Equipamento e material: falta de manutenção preventiva ou corretiva; carência de material.

4. Radiologia: Trabalhadores sem dosímetro há 06 meses; sala de estar em más condições; tomógrafo encaixotado há 03 meses; 03 aparelhos de RX e um aparelho móvel; 01 aparelho de ultrassonografia; 01 radiologista de plantão. Há apenas um eletroencefalograma funcionando, aparelho bastante antigo (cerca de 10 anos) e sem manutenção regular. O traçado PE impreciso e exame pouco fidedigno. OBS: o aparelho às vezes é solicitado para diagnosticar morte cerebral - o Hospital está no programa de captação de órgãos.

5. Laboratório: Hematologia: aparelhos em comodato. Manutenção feita pela firma contratada. Bioquímica: glicose, uréia, creatina, eletrólitos, enzimas hepáticas e cardíacas (quando há reagentes). Material para cultura: enviado ao HE Pedro II (não há bacteriologia).

6. Lavanderia: encontra-se desativada há 05 anos, embora tenha equipamento necessário ao

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

funcionamento. São feitos apenas pequenos trabalhos de costura e cerzimento de roupas.

7. Caldeira: 02 funcionários de plantão. Há equipamento protetor contra ruídos, mas nem todos estão orientados a utilizá-lo corretamente. Há vazamento de gases, dentre eles monóxido de carbono para o interior do compartimento e pela chaminé exterior (danificada). OBS: Há um gerador funcionando adequadamente (sic).

8. Cozinha: são fornecidas refeições aos acompanhantes e funcionários; a firma é terceirizada e não fornece proteção adequada aos funcionários: a temperatura e o nível de ruídos são exagerados; a chama dos fogões não se encontra regulada e não há proteção adequada contra o risco de azoospermia. As condições de higiene deixam a desejar. Há duas nutricionistas diariamente, mas a refeição nem sempre é balanceada (no dia da visita: macarrão com molho de tomate e carne moída, arroz, feijão, salada de tomate, suco de uva e banana). OBS: Os exames de rotina nos funcionários têm sido feitos. Todos usavam touca mas os calçados e a vestimenta não são padronizados.

9. Farmácia: falta de controle da temperatura ambiental; embora a padronização seja feita pela grade do estado, faltam medicamentos; há 02 farmacêuticos por plantão, número insuficiente para a demanda do hospital; há diversos pontos de infiltração no teto e paredes, bem como fiação exposta; a geladeira para a conservação de albumina não possui termômetro; há junto à farmácia uma copa com fogão e botijão de gás; a sala de estar dos farmacêuticos não possui condições mínimas de conforto. OBS: Farmácia para dispensação externa: 15 itens disponíveis. Não há analgésicos nem antibióticos para fornecimento aos pacientes externos

10. Necrotério: Apenas 04 câmaras frias: os cadáveres costumam ficar empilhados. As condições são péssimas.

11. Centro Cirúrgico: em obras. Fiação pondo em risco os operários. Serra sem proteção. Duas salas de cirurgia funcionando para urgências. Sala de esterilização: em funcionamento, no momento da visita recebendo manutenção preventiva. Seladora há mais de 03 meses com borracha. Caixa d'água interna. OBS: fim da obra previsto para setembro, embora não nos pareça viável este prazo.

Comentário: A despeito das dificuldades evidentes no desempenho das atividades profissionais, fomos bem recebidos pela administração e demais trabalhadores do hospital. A impressão geral é de extrema carência de infra-estrutura (instalações, roupas, alimentação, etc.), falta de manutenção do equipamento próprio e pouca segurança, tanto pela má conservação dos equipamentos e não

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

fornecimento de meios de proteção adequados, quanto pelo livre fluxo de pessoas pela emergência. O atendimento ao público, obviamente, encontra-se prejudicado.”

- **Hospital Estadual Pedro II:**

“(…) 4.1. ACESSO: O Hospital recebe demanda de atendimento de uma ampla área, cobrindo aproximadamente um raio de 60 km, incluindo, além do município do Rio de Janeiro, os municípios de Mangaratiba, Seopédica, Itaguaí, Duque de Caxias e, menos freqüentemente, outros municípios da Região Metropolitana I. Há 14 (quatorze) Postos de Saúde na A.P 5.3 e, exceto o PS de Paciência, não funcionam 24 horas. Há uma clínica credenciada pelo SUS (Casa de Saúde Croácia). OBS: A unidade encontrava-se em greve há 02 (dois) meses; o movimento limitava-se ao ambulatório e procedimentos de urgência. Atualmente, mesmo a emergência tem funcionado cerca de 30% do normal.

4.2. MEIOS: Emergência Pediátrica: Instalações muito precárias. Planta física péssima, carência de medicamentos e equipamentos, material de ressuscitação cardio-pulmonar incompleto e inadequado para a pediatria. Crianças sem roupa de cama. Há 2 (dois) plantonistas que atendem, segundo informações dos próprios, consultas de rotina e SPA. Alguns pediatras encontram-se muito revoltados com as condições de trabalho e as freqüentes promessas –inócuas- de melhora. O chão revestido de vulcapiso encontra-se em péssimo estado de conservação, com placas gastas e soltas, impossibilitando a limpeza adequada. Não há refrigeração ou ventilação: o local é quente, mal-ventilado e não oferece qualquer conforto para os trabalhadores.

Centro de Tratamento de Queimados: Instalações: Possui 12 (doze) leitos e é um Centro de Referência há mais de 10 (dez) anos, sem reconhecimento. Recebe pacientes de todo o estado. As enfermarias possuem 02 (dois) leitos cada e as instalações são bastante satisfatórias, bem como a equipe médica e de enfermagem, embora algumas obras ainda precisem ser feitas para cumprir certas exigências. Ocupação atual: 08 pacientes para uma capacidade instalada de 12 (doze) leitos. A Equipe do CTQ é composta por um cirurgião geral, um clínico e um anestesista. As equipes estão todas completas. Há uma sala para o primeiro atendimento (os pacientes não passam pela emergência geral), sala com balneoterapia e cirurgia

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Centro de Tratamento Intensivo de Adulto: Instalações- possui 07 (sete) leitos. A equipe é composta por 02 (dois) médicos por plantão, mas no sábado só há um. A refrigeração não é adequada e os leitos são antiquados. Existem 05(cinco) monitores funcionando e dois em manutenção; 05(cinco) oxímetros funcionando, uma bomba infusora para cada leito e 07 (sete) respiradores. Não pode ser feita, por falta de condições, qualquer monitoração invasiva. A hemodiálise e a nutrição enteral são terceirizadas. A falta de reagentes no laboratório dificulta o acompanhamento dos pacientes graves. Frequentemente - hoje inclusive- não havia dosagem de sódio nem de potássio. Faltam eletrodos para marca-passos e sonda enteral. A taxa de ocupação é em torno de 60% e a de mortalidade – considerada alta- 29 % Há grande incidência de sepse. A compra de insumos é centralizada, não são discutidas com os plantonistas as necessidades reais de aquisição de material. Há um aparelho de gasometria por comodato que recebe manutenção própria da firma.

Centro Cirúrgico: Instalações: possui o total de 06 (seis) salas, com apenas 05 (cinco) funcionando, segundo o vice-diretor. Um funcionário informa que apenas três estão funcionando. Faltam equipamentos; só há um carrinho de anestesia funcionando plenamente, só podendo ser feita uma anestesia por vez. Caiu o teto de uma das salas. Há infiltração nas salas, banheiro e estar dos médicos e da enfermagem.

Centro Obstétrico: o principal problema é a falta de equipamentos e material de consumo, principalmente medicamentos. Ontem, segundo a chefia de enfermagem e a obstetra de plantão, faltavam sulfato de magnésio de hidralazina. A situação segundo a avaliação do pessoal tem piorado. A situação é crítica quando não há elevadores (o Centro Cirúrgico fica no 8º andar). Há apenas 01 (um) cardiocógrafa. O aparelho de ultrassonografia- US- é fixo na radiologia.

UTI Neonatal: Instalações: as condições físicas são satisfatórias, o pessoal parece preparado e a dinâmica permite a permanência da mãe um andar acima durante toda a estada do bebê. Encontrase sem medicamentos, vedando a internação de novos pacientes, já que não há condições de internar RNs. A US Transfontanela e Eco são terceirizados. Faltam medicamentos.

Esterilização: Instalações: a planta física é inadequada. Não há como fazer procedimentos químicos. Não há sala de estar para os funcionários (plantões de 24 horas). Há uma autoclave elétrica e duas com compressor, sendo que apenas uma delas pode funcionar por vez. Montacarga raramente funcionando; quando o material é levado ao Centro Obstétrico, o funcionário precisa subir sete

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

andares se o elevador não estiver funcionando, o que é freqüente. As paredes não são laváveis, os azulejos pintados com epóxi estão descascando. A fiação está exposta, o sistema de ventilação é precário e o ar condicionado raramente funciona. Não há manutenção preventiva do equipamento; só corretiva. Lacuna no processo de biossegurança: foram detectados problemas ergonômicos com relação ao mobiliário. Os funcionários têm uma faixa etária elevada (de 40 a 70 anos), muitos em processo de aposentadoria. Falta pessoal. Há um ruído ambiental excessivo e os funcionários não têm protetores de ouvido; não há exames preventivos.

Laboratório: Instalações estão em más condições. A autoclave está quebrada; há um esterilizador pequeno, sem manutenção preventiva. Funciona 24 horas. Faltam reagentes para sódio e potássio há 15 dias; na bacteriologia falta material (swab, meios de cultura, discos para TSA, etc.), há cerca de um mês. A equipe de rotina está desfalcada em alguns dias da semana. Há apenas um colhedor por plantão. Setor de urina e fezes está em ordem.

Unidades de Pacientes Graves: possui 07 (sete) leitos, mas, às vezes chega a ter 19 (dezenove) pacientes em macas. No momento da visita estava lotada, sem roupa de cama, sem medicação e sem pessoas da enfermagem em número suficiente para atender a demanda. OBS: uma paciente que havia sofrido hemorragia digestiva alta foi trazida pelo 192-SAMU e encontrava-se na unidade já há mais de duas horas no meio da unidade, em uma maca sem roupa de cama, sem atendimento.

Lavanderia: Instalações: há máquinas lavadoras e secadoras funcionando, mas não há manutenção preventiva. Os funcionários são, em sua maioria, contratados de firmas terceirizadas; não há máquinas de costura funcionando, de modo que as roupas sequer podem ser reformadas ou consertadas. Muitas vezes solicita-se que sejam trazidos de casa pelos familiares cobertores e travesseiros.

Caldeira: há duas caldeiras, apenas uma está funcionando. Existem equipamentos de proteção contra o excesso de ruídos, mas não são utilizados pelos trabalhadores.

Cozinha: Instalações: apresentam condições precárias de higiene, chão molhado e diversas caixas de gordura e esgotamento sanitário no chão. Há relatos de transbordamento de esgoto para o recinto. A firma é terceirizada.

Farmácia: o abastecimento é muito precário; freqüentemente faltam medicações inclusive soro fisiológico e glicosado. A grade é composta de 477 (quatrocentos e setenta e sete) itens, sendo que

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

no momento o setor dispõe de apenas 07 (sete) deles. OBS: há um setor em que são armazenados itens da farmácia e almoxarifado já fora de validade.

Emergência pediátrica: Instalações muito precárias. O chão revestido com placas de vulcapiso encontra-se em péssimo estado de conservação, com placas gastas e soltas, impossibilitando a limpeza adequada; não há refrigeração ou ventilação: o local é quente, mal ventilado e não oferece qualquer conforto para os trabalhadores.

Dificuldades gerais do hospital: o número de atendimentos é excessivo para o número de profissionais lotados na unidade. Não há pediatra nos plantões de domingo e 3ª feira. Há carência extrema de ortopedistas e anestesiológicos. Não há neurocirurgião no hospital. Não têm sido feitas cirurgias eletivas, nem para pacientes já internados no hospital. O hospital recebeu 04 otorrinolaringologistas e 04 oftalmologistas, mas não há equipamentos. Há dificuldades em fixar os profissionais devido à distância, à falta de segurança, condições de trabalho e baixa remuneração. O tomógrafo computadorizado está parado aguardando manutenção.”

- **Hospital Estadual Rocha Faria:**

“(…) 4.1 ACESSO – 4.2 MEIOS: Porta de entrada: ao chegarmos havia movimento do SINDIPREVS na porta do Hospital, assim como equipes de reportagem fazendo cobertura jornalística. Logo na entrada nos deparamos com os recipientes de lixo hospitalar amontoados no pátio, abertos e expostos às intempéries oferecendo risco de contaminação a todas as pessoas que obrigatoriamente por ali transitam em busca de socorro.

Emergência: Instalações: a sala encontrava-se superlotada no momento da visita, com macas e inúmeros doentes com risco de caírem no chão, pois as macas, na sua maioria não dispõem de proteção lateral. Todos os recipientes de coleta de lixo biológico estão sem tampa, expondo todos a miasmas. Sala de classificação de risco (triagem): não dispõe de maca para exame médico. Lixo biológico exposto na sala de hipodermia.

Pediatria: Instalações: as crianças são atendidas no colo da mãe.

Odontologia: apresentava falta de material, carpules. Os instrumentos estão enferrujados.

Sala de trauma: o diretor da divisão médica relata que a situação é caótica em face da ausência de condições de trabalho e atendimento ao paciente: possui apenas 01 (um) respirador. O mesmo alega

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

que o critério de classificação da sala de trauma é devido ser este o único local existente. Os doentes se acumulam ali com problemas clínicos. Existe também grande falta de recursos humanos e materiais.

Emergência Feminina: Instalações: possui capacidade para 14 (quatorze) macas estando no momento com 40 (quarenta). Bancos e cadeiras também servem como acomodação para pacientes. O odor é desagradável pois não há exaustão. Os profissionais declaram que faltam materiais e insumos básicos constantemente.

Emergência masculina: com 29 (vinte e nove) macas com pacientes em péssimo estado. Havia um paciente internado em uma maca há 10 (dez) dias no chão.

Raio X: os servidores não usam dosímetro há dois meses. Os reveladores e fixadores deixam exalar substância volátil, impregnando o ambiente com cheiro irritante e penetrante. O calor é insuportável.

CTI: funcionando. Com dificuldades na manutenção preventiva.

Farmácia: tem grade de 450 itens, mas só recebe 10%. Geladeira com termômetro inadequado e improvisado, com risco de deterioração da albumina. Falta medicação para pacientes externos.

Centro cirúrgico: possui 05 (cinco) salas em funcionamento.

Almoxarifado: em expansão e desorganizado.

Caldeiras: foram removidas por estarem com problemas sérios de vazamento de combustível e resíduos.

Casa de máquinas do ar condicionado: com ruído ensurdecedor. Os funcionários não têm e não usam EPI, nem recebem orientações para operar as máquinas de maneira segura e correta. (de acordo com o artigo 157 da CLT e NR-1). OBS: o operador de subestação, funcionário da empresa Maquimotor, informa que não recebe salário há cinco meses vivendo de esmolas dadas pelos outros colegas. Sem recursos para as suas necessidades alimentícias e sem vale transporte, permanece no emprego como se estivesse em cárcere privado e trabalho escravo.

Necrotério: geladeiras funcionando adequadamente e um gerador desativado.”

Obs- aqui termina a transcrição de trechos extraídos do relatório de 2005, elaborado pela Câmara Técnica de Qualidade e Gestão CES/RJ, e cedido ao relator pelo Sindicato dos Médicos do RJ.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

4.3 Audiência com autoridades

4.3.1 Audiência com o Secretário e Subsecretário Municipal de Saúde

Fomos recebidos na manhã do dia 22.10.2008 pelo Secretário Municipal de Saúde, Jacob Kligerman e pelo Subsecretário Municipal de Saúde, Valmi Peçanha Pacheco. Na visão do Sr. Secretário o grande problema na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é a presença de órgãos federais atuando na saúde municipal. Em uma breve introdução sobre o processo de municipalização da cidade do Rio de Janeiro, ele explicou que, na época, couberam ao município os hospitais federais da rede de saúde mais centralizados e, ao antigo estado da Guanabara, os hospitais periféricos.

Segundo o Sr. Valmi Pacheco, o Ministério da Saúde contribuiu com a “quebra” do município em 1999 durante o processo de municipalização, ocorrido entre 1995 e 1996. Neste período, o município passou a controlar 28 hospitais da rede federal de saúde. Exemplo dessa falência ocorreu no Hospital da Lagoa que, na época, tinha um dispêndio 3 a 4 vezes maior do que o valor que recebia em repasses do Ministério da Saúde.

Durante o processo de municipalização, o Ministério da Saúde (MS) não cumpriu com os convênios firmados com o município do Rio de Janeiro. Ao MS cabia a realização de repasses de 80% das verbas dos hospitais, enquanto ao município cabia um total de 20% a ser aplicado em melhorias nos hospitais. O Ministério da Saúde por sua vez, não repassava os recursos enquanto as melhorias não fossem executadas e, durante todo o processo de municipalização não houve reajuste das parcelas repassadas, implicando em congelamento dos valores de custeio das unidades. Isto fatalmente levou o município a aplicar recursos próprios para cobrir as despesas dessas unidades de saúde.

Desde esta época já se aponta uma gestão pouco integrada da rede de saúde. Segundo a SMS isto se reflete claramente na criação das UPAs, que são desligadas de todo o contexto mais amplo do SUS municipal. Na visão do Secretário, elas foram feitas unilateralmente, descoladas da municipalidade. Um fato curioso apontado pela Secretaria Municipal de saúde é que as UPAs são administradas pelo Corpo de Bombeiros, ou seja, o serviço é militarizado.

Na visão do subsecretário, o Estado sempre foi omissivo no que se refere à rede de atendimento,

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

nunca utilizando recursos próprios para melhoria do atendimento da rede, que ficou delegada ao município e ao governo federal.

O Sr. Jacob Kligerman admite que a capacidade de investimento do município é precária, sendo que 90% da despesa da SMS é aplicada em despesas de pessoal. A rede municipal de saúde conta atualmente com 34.000 funcionários. A SMS reconhece que os contratos de trabalho são precários, justamente pela contratação através de cooperativas, mesmo que o percentual de trabalhadores cooperativados seja pequeno.

Na opinião dos Srs. Secretários, um exemplo de melhora de gestão ocorreu no Hospital Municipal de Acarí, onde a gestão é privada. Acarí apresenta o maior índice populacional e menor índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Rio de Janeiro. Os médicos deste hospital recebem 3,5 vezes a mais que a tabela. O hospital funciona através de regulação e todas as contratações foram realizadas através de licitação. Mesmo assim, a SMS teve que superar diversas ações judiciais questionando este tipo de gestão na rede municipal; venceram 22 liminares para conseguir levar a cabo as contratações utilizando o instituto da Lei n. 8666/93, a Lei de Licitações.

Sobre a intervenção ocorrida em 2005, entendem que tenha sido uma intervenção político-partidária, mas realmente necessária e útil ao município, que devolveu ao governo federal quatro hospitais da rede.³¹

Sobre o cenário da dengue, fomos informados de que existem atualmente 2500 agentes de endemia, sendo que o governo estadual também envia servidores do corpo de bombeiros, o que indica mais uma falha de comunicação entre estado e município. Para a possível epidemia de 2008-2009 (não haverá epidemia na visão da SMS) serão contratados 585 novos agentes de

³¹ O Decreto nº 5.392 de 10 de março de 2005 declarou estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro. O Decreto apresenta três elementos principais: (i) **declaração de estado de calamidade pública** no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, com a possibilidade de compras emergenciais com dispensa de licitação e contratação temporária de pessoal sem concurso público; (ii) **requisição**, para atender ao estado de calamidade pública, de quatro hospitais federais municipalizados e dois hospitais municipais, incluindo respectivos bens, serviços e servidores; e (iii) **desabilitação da gestão plena** do sistema de saúde municipal, passando a referida gestão para a responsabilidade do Estado do Rio de Janeiro.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a requisição é disciplinada pela Lei nº 8.080/90:

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

(...)

XIII- para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

endemia. A SMS se queixou, também, da atuação da FUNASA durante a epidemia de 2007-2008, quando seus funcionários atuavam sem qualquer coordenação com o restante da rede de atendimento. Segundo a SMS os agentes da FUNASA estão fora de função.

A SMS relatou que a vigilância epidemiológica é competente. Existem 10 pontos de informação totalmente conectados e ágeis; e por conta desta eficiência é que os dados da epidemia dentro da cidade do Rio eram divulgados rapidamente, dando a impressão de que o problema se encontrava apenas na cidade do Rio de Janeiro, quando em verdade, os municípios periféricos tiveram índices muito maiores de infectados e acabaram usando a rede de atendimento do Rio de Janeiro, congestionando os postos de saúde e hospitais.

Sobre o referenciamento de casos, fomos informados pela SMS que existe uma central de regulação e não uma gestão plena de atendimento. A porta de entrada para a rede municipal de saúde são os postos de saúde; os PAMs são espécie de policlínicas³². São 157 unidades básicas de atendimento no município e 27 hospitais municipais, totalizando seis mil leitos. Dos recursos consumidos pela rede hospitalar, 20% vêm do governo federal e 80% da prefeitura.

Outro dado importante informado é que 1 milhão e 750 mil pessoas vivem em áreas de IDH baixo e, por conta da violência nestas regiões, os médicos não se candidatam para ocupar estes postos. A violência acaba interferindo também no próprio controle epidemiológico de doenças que teoricamente já foram erradicadas no Brasil, como a febre tifóide. Existe um foco isolado (já com 5 casos) entre o Morro do Vidigal e da Rocinha, que não pode ser controlado apropriadamente por se encontrar em região de alta periculosidade.

A SMS indica haver uma imensa ociosidade na gestão hospitalar. Não é possível referenciar pacientes para hospitais estaduais e federais, quando é notório que o Estado deveria ser a referência no atendimento pelo SUS.

Fomos informados que a SMS gastou R\$ 7,5 milhões de reais em 2007 em medicamentos fornecidos por conta de decisões judiciais. Na opinião do Secretário, a capacidade de

³² Os postos de saúde têm finalidades preventivas e de assistência. Aí existem vacinas para todas as doenças imuno- preveníveis e setores de epidemiologia sanitária, controle da tuberculose, HIV e outras doenças. Oferecem ainda programas de saúde voltados para a prevenção e controle do diabetes, da hipertensão, doenças nutricionais, hanseníase, etc. É o lugar onde o município se faz presente para realizar a Atenção Básica em saúde ,podendo ou não ter equipes de PSF. Já o PAM é um local destinado ao atendimento a pacientes com agravos de saúde, que buscam consulta médica, sem que se configure uma emergência ou urgência médica propriamente dita.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

arrecadação do município não pode ser tratada isonomicamente no caso de fornecimento de medicamentos, já que recursos que seriam aplicados em outros programas de saúde têm que ser deslocados para cumprimento de decisões judiciais. Em 2008 esta cifra aumentou.

Os Conselhos de Saúde, em tese, são responsáveis por aprimoramentos e mudanças nas políticas de saúde; fomos informados que existem 10 Conselhos Distritais e que cada Conselho Distrital (cujos membros são escolhidos dentro da própria comunidade) elege 1 membro para o Conselho Municipal³³. Na opinião da SMS os Conselhos são viciados, pois na maioria das vezes, seus membros são servidores ou membros da própria comunidade, e acabam realizando uma dupla militância.

A maior parte dos postos de saúde da rede municipal se encontra na zona oeste, mas a rede municipal não consegue referenciar o atendimento aos hospitais estaduais da zona oeste, que não conseguem absorver a demanda, pelo estado precário em que se encontram.

A SMS afirma que em 2007 havia plano de contingência para a epidemia de dengue e que o plano de 2008 está pendente de aprovação. Querem finalizar a gestão aprovando o plano de saúde de 2008 (os últimos foram de 2007 e 2005), pendente apenas de aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

4.3.2 A ausência de colaboração da Secretaria Estadual de Saúde

Diversas foram as tentativas de agendar audiência com o Sr. Secretário Estadual de Saúde, Sérgio Cortes. Ofícios foram enviados e re-enviados, inúmeros contatos telefônicos realizados, mas infelizmente não conseguimos que a Secretaria Estadual nos acomodasse em sua agenda. No decorrer das tratativas ficamos sabendo que os pedidos de autorização de visita e reunião nos Hospitais Estaduais Getúlio Vargas e Albert Schweitzer haviam sido encaminhados ao gabinete do Sr. Secretário Estadual para parecer, que infelizmente resultou em negativa geral, tanto nas autorizações de visita aos hospitais, como na solicitação de audiência com o mesmo.

Em que pesem os inúmeros esforços empreendidos para viabilizar tão importante missão em tão curto espaço de tempo, temos apenas a lamentar que, diante de um cenário rico de informações e questionamentos, não tivemos a oportunidade de ouvir o lado do governo

³³ Vide nota 18.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

estadual. No que se refere à elaboração deste relatório, as informações aqui inseridas são fruto de pesquisas e depoimentos das diversas pessoas que abdicaram de seu tempo para contribuir com o presente documento.

4.3.3 Audiência com a Promotoria de Tutela Coletiva de Defesa da Saúde

A Missão “Saúde para o Rio” terminou com uma audiência na tarde do dia 22.10.2008 com a Promotora Patrícia do Couto Villela, da Promotoria de Cidadania e Tutela Coletiva de Saúde. Entrando objetivamente no assunto da dengue, a Promotora informou que o plano de contingência que a SMS possui não é eficiente. Sob sua ótica, a zona oeste do Rio de Janeiro é um verdadeiro “deserto sanitário”.

A Promotora informou que a SMS, por ordem do prefeito César Maia, não firma Termos de Ajuste de Conduta (TAC) com o Ministério Público. Relata que o município não realiza concurso público há cinco anos, apenas contrata através de cooperativas.

Segundo a Promotora, o governo estadual possui políticas públicas eficazes na área da saúde, tanto que durante a epidemia de dengue, o estado assumiu a responsabilidade de atendimento através das UPAs.

Questionada sobre as ações usualmente propostas pelo MP, fomos informados sobre a existência de ação questionando o número de agentes de endemia contratados face à demanda de atendimento; e ações que versam sobre demandas pontuais para fornecimento de medicamentos. O Ministério Público não sabe se suas ações possuem resultado efetivo, diante da gravidade da situação da saúde no Rio.

Apontou que no período da gestão de Garotinho e Rosinha, já foram comprovados desvios na ordem de R\$ 70 milhões de reais.

Sobre falhas na gestão, o MP já apurou que as cooperativas mudam, mas os médicos e enfermeiros que atendem são os mesmos; ou seja, existe apenas uma rotatividade de profissionais entre cooperativas. Foi apontada, também, a falta de equipamentos com tecnologia compatível, uma vez que a rede pública se encontra deteriorada. A Promotora confirmou o que já havíamos observado em todas as reuniões: a rede de saúde não é integrada e quem paga por isso é o cidadão.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Sobre as ações judiciais em andamento propostas tanto pelo Ministério Público Estadual e Federal e pela Defensoria Pública da União, podemos destacar os seguintes processos:

- 1-Processo n. 2006.51.01.001558-9

O Ministério Público Federal e o Ministério Público Estadual propuseram em 2006, uma Ação Civil Pública com pedido de Antecipação de Tutela em face da União Federal, Estado do Rio de Janeiro e Município do Rio de Janeiro visando garantir o direito à saúde da população, mediante a adequada execução de políticas públicas de controle da dengue, previstas no Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) e Manual de Normas Técnicas, uma vez que a política pública de combate à dengue já havia sido definida pelo Ministério da Saúde, responsável pela direção nacional do SUS, bastando a execução de referidas ações pelo Município, Estado e União.

Quando da propositura da ação, o município do Rio de Janeiro contava com 1291 agentes para as ações de controle da dengue, enquanto deveria contar, segundo estimativas do IBGE com 2748 agentes.

O MP admite que para que haja a contratação temporária é necessário que ela esteja fundamentada em fatos que indiquem que a função é temporária e há excepcionalidade do interesse público, que sejam incompatíveis com a realização de concurso público e com o vínculo estável do servidor; o que efetivamente não ocorre na contratação de agentes de epidemia, a não ser quando verificada a existência ou iminência de surto.

Cabe à União e ao Estado prover insumos para o controle do vetor e diagnóstico da doença.

A única forma de garantir a atenção à saúde da população se dá por meio de uma rede organizada, com recursos humanos capacitados para a prevenção e o tratamento da dengue. O PNCD tem 3 componentes voltados para o atendimento da população infectada: a assistência aos pacientes, a integração com a atenção básica (PSF/PACS) e capacitação de recursos humanos.

A integração com a atenção básica busca ações de educação e informação, do controle do vetor e dos sintomas e riscos da doença. Infelizmente a cobertura populacional do Programa de Saúde da Família é baixíssima- apenas 7,2% da população, cobertas por 128 equipes, assim como o Programa de Agentes Comunitários, com 1649 agentes em 2008, cobrindo 15,45% da população no Município do Rio de Janeiro(dados da Sala de situação em

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Saúde/MS); e segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde, não houve a integração das ações ao programa.

Os pedidos da ação interposta pelo Ministério Público contemplam: (i) a contratação de agentes de endemia para garantir a execução das ações de vigilância epidemiológica e controle do vetor, já que a falta de profissionais aumentou o risco de surto; realização de concurso público para garantir a força de trabalho necessária à adequada execução das ações de vigilância epidemiológica e controle do vetor; (iii) provimento dos recursos materiais para controle do vetor; (iv) organização de assistência; (v) efetiva supervisão, fiscalização e controle das ações de vigilância epidemiológica e controle do vetor e da assistência aos pacientes; (vi) intensificação das ações de educação, comunicação e mobilização social para o controle do vetor, sintomas e risco da doença; (vii) publicidade das ações realizadas pelos gestores, a fim de garantir informação sobre o controle do vetor, sintomas e riscos da dengue e assistência médica.

A decisão da juíza federal contemplou a contratação emergencial de agentes de endemia bem como o imediato cumprimento de todas as disposições do PNCD.

Em seu recurso a União Federal procurou se eximir da responsabilidade, alegando ser competência do município e estado; e que o juízo estaria invadindo a esfera de competência ao determinar que a União cumprisse os regramentos da Portaria. Os desembargadores entenderam que, em verdade, sequer era necessário provimento jurisdicional no caso, uma vez que se trata de procedimentos que deveriam ser adotados independentemente de qualquer atuação de outro Poder.

Em abril de 2008, os autores reiteraram seus pedidos face ao descumprimento parcial das determinações e em meio ao cenário crítico da dengue. Neste momento, atendendo ao panorama orçamentário, a juíza federal optou por determinar a contratação de agentes de endemia no limite da possibilidade orçamentária do município; bem como designou audiência de conciliação com os três réus buscando a assinatura de um TAC; que até o momento não foi assinado.

- 2-Processo n. 2007.51.01.017751-0

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

A Defensoria Pública da União propôs Ação Civil Pública com pedido de Antecipação de Tutela em face da União Federal, Estado do Rio de Janeiro e Município do Rio de Janeiro, objetivando sejam compelidos os Réus a implementarem políticas públicas e ações governamentais para o atendimento da população do Rio de Janeiro, com o reaparelhamento das unidades de emergência de vários hospitais públicos municipais, estaduais e federais, de modo a garantir os direitos preconizados na Carta Magna, da dignidade da pessoa humana, à saúde e o direito à vida.

A D. juíza federal reconheceu a legitimidade de todos os réus para figurarem no pólo passivo por entender que existe responsabilidade solidária dos entes que integram o sistema único de saúde, de acordo com o art. 198, parágrafo único da Constituição Federal.

Foi devidamente constatado o quadro mórbido de algumas unidades hospitalares da rede pública do Rio de Janeiro, entendendo ainda a juíza que não há que se falar em interferência do judiciário quando se trata da defesa de direito garantido constitucionalmente, em especial o direito à saúde e à vida.

Ressaltou ainda que embora não caiba ao Judiciário interferir na contratação de pessoal, tal matéria é de competência discricionária da Administração que, verificando os pressupostos de conveniência e oportunidade, realizará ou não referidas contratações. Em que pese o impedimento legal para determinar referidas contratações, entendeu a juíza federal que a situação crítica em que se encontram os setores de atendimento de emergência dos hospitais públicos no Rio de Janeiro não comportaria mais o contrato temporário (por cooperativas), necessitando a carência do quadro de médicos da rede pública do mais amplo controle e combate pelo Poder Público.

A tutela antecipada foi deferida na referida ação, determinando aos poderes públicos que:

“1a) determinar ao MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO que adote, no prazo de 30 dias, as providências relacionadas nas seguintes unidades hospitalares:

- HOSPITAL SOUZA AGUIAR – aumento da oferta de leitos no Setor de Emergência, bem como a substituição das furadeiras elétricas de marcenaria por CRANIÓTOMOS, adequados para se abrir a cabeça de pacientes em operações de neurocirurgia, além do fornecimento de brocas descartáveis.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

- HOSPITAL MIGUEL COUTO – aumento da oferta de leitos no Setor de Emergência, bem como não deixar, de forma alguma, os acadêmicos de medicina sem supervisão de profissional médico nos plantões noturnos.

- HOSPITAL SALGADO FILHO – aumento da oferta de leitos no Setor de Emergência, inclusive no Setor de Reanimação de Adultos.

- HOSPITAL LOURENÇO JORGE – aumento da oferta de leitos no Setor de Emergência.

1b) determinar à UNIÃO FEDERAL que adote, no prazo de 30 dias, as providências relacionadas, nas seguintes unidades hospitalares:

- HOSPITAL DO ANDARAÍ – aumento da oferta de leitos no Setor de emergência.

- HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO – aumento da oferta de leitos no Setor de Emergência e no Setor de Hemodiálise; regularização do abastecimento de insumos, bem como a adequada higienização a fim de se evitar o aparecimento de bactérias como a que ocasionou o fechamento da unidade de emergência.

(...)”

- 3-Processo n. 2008.51.01.012397-8

Trata-se de Ação Civil Pública proposta pela DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO em face da UNIÃO FEDERAL, do ESTADO DO RIO DE JANEIRO, do MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO e do ESTADO DE GOIÁS, objetivando, em sede de antecipação dos efeitos da tutela, seja determinado o fornecimento dos medicamentos FORMATEROL 12, BUDESONIDA 400 (tubohaler ou cápsula), SALBUTAMOL 100 (spray), SALMETEROL 50, FLUTICASONA 500 (disco ou spray), PREDNISONA 5mg (comprimido), AMOXICILINA 500 mg (comprimido), OMEPRAZOL 20mg (cápsula), NEOSALDINA (comprimido), SERETIDE 50/500, AERODINI 100mg ou NBZ, TANQUE DE OXIGÊNIO LÍQUIDO (modalidade estacionária), MOCHILA COM OXIGÊNIO LÍQUIDO (modalidade portátil), CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO (modalidade estacionária) e CILINDRO DE ALUMÍNIO COM EXIGÊNIO GASOSO COMPRIMIDO (modalidade portátil), via cateter nasal em baixo fluxo, além daqueles que se fizerem necessários durante o tratamento a todas as vítimas da exposição ao amianto nos seus respectivos Estados, com a ressalva da responsabilidade da União em âmbito nacional, para atendimento em todo país, sob pena de multa diária. Obteve-se

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

liminar judicial, de âmbito nacional, para obrigar a União Federal (e os demais réus no âmbito dos seus respectivos territórios) a fornecer todos os medicamentos (inclusive balão de oxigênio para oxigenoterapia) e tratamento médico, de forma gratuita, aos pacientes das doenças causadas pela exposição à fibra do mineral amianto (câncer de pulmão, câncer de pleura e asbestose).

- 4-Processo n. 2007.02.01.010265-8

DIREITO PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO INDISPENSÁVEL À SOBREVIVÊNCIA DOS PACIENTES. RESPONSABILIDADE DA UNIÃO, ESTADO E MUNICÍPIO. PROVIDO O RECURSO.

Insurge-se a Agravante contra a decisão interlocutória de primeiro grau que, nos autos da ação civil pública ajuizada pela Agravante em face da UNIÃO FEDERAL, do ESTADO DO RIO DE JANEIRO e do MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, objetivando o pronto restabelecimento do fornecimento de leite medicamentoso PKU tipos 1, 2 e 3 devido desde o dia 25/07/07, nas quantidades necessárias a todos os pacientes que dele necessitam, conforme relação anexada aos autos, em virtude das seqüelas advindas da ausência de ingestão do referido alimento, determinou a intimação dos entes públicos agravados, para que se pronunciem no prazo de 72 horas, em conformidade com o disposto no artigo 2º, da Lei 8347/92, após o que apreciará o pedido de liminar formulado pela Agravante.

Configurada a responsabilidade solidária da União, Estado e Município no fornecimento de medicamentos necessários à sobrevivência dos pacientes que deles necessitem, na esteira do entendimento jurisprudencial já firmado no âmbito das Cortes Superiores Pátrias.

Demonstrada a impossibilidade de ser observada a regra constante da Lei 8437/92 à hipótese em exame, diante da premente necessidade dos pacientes receberem o leite medicamentoso, indispensável à sua sobrevivência.

Provido o recurso e agravo interno prejudicado.

- 5- Processo n. 2008.001.071321-3

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

A nova ação proposta pelo Ministério Público Estadual em 2008 reiterou os termos da ação de 2006, ressaltando o total descumprimento daquelas determinações; em especial: “pode-se verificar, no exercício de 2006, que 23% (vinte e três por cento) do recurso transferido no próprio exercício (até dezembro), por meio da rubrica Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) não foram utilizados, isto é, liquidados pela Prefeitura. Um montante de aproximadamente cinco milhões e meio de reais deixaram de ser utilizados, considerando-se a parcela transferida já no mês de janeiro, referente ao mês de dezembro de 2006. Mesmo os recursos utilizados não foram totalmente aplicados adequadamente, conforme preconiza o Governo Federal. A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde estabelece a forma das aplicações dos recursos do TFVS, que tem a finalidade específica de financiar ações de vigilância em saúde, podendo ser utilizado tanto para custeio como para investimentos. Ao analisar as despesas efetuadas no programa de trabalho específico, elencadas no quadro analítico da execução orçamentária, observam-se despesas não relacionadas com sua finalidade, conforme destacado a seguir. (...) O Ministério da Saúde veda a aplicação dos recursos referentes ao TFVS em atividades de assistência médica, contratação de recursos para desenvolver ações ou atividades de assistência médica e, também, para compra de inseticida, imunobiológicos, medicamentos e kits de laboratório, que são materiais considerados insumos estratégicos, com aquisição garantida pelo próprio Ministério.”

Em 2006 o município deixou de aplicar cinco milhões e meio de reais no combate à dengue. Mas não é só. Também aplicou verbas destinadas à vigilância sanitária em outros programas, tais como: aquisição de ambulâncias, higiene e limpeza em hospitais, demonstrando, com isso, completo descaso com a prevenção e combate ao mosquito transmissor do vírus da dengue. No exercício de 2007 o orçamento destinado era de R\$ 17.600.010,99. Empenhou-se R\$ 4.321.501,31; liquidando-se R\$ 2.151.243,03; com efetivo pagamento de R\$ 1.480.149,70

Em emenda à inicial e diante do cenário de calamidade, o MP aditou o pedido inicial para requerer a abertura dos postos de saúde por 24h e durante sábados e domingos, em razão da morte de 13 pessoas durante o final de semana que não conseguiram atendimento. Duas semanas depois o pedido teve que ser reiterado face ao descumprimento do estado.

A juíza da 10ª Vara da Fazenda Pública determinou assim que estado e município

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

encaminhassem no prazo de 24 horas, os pacientes com suspeita de dengue ou com diagnóstico confirmado, às clínicas e hospitais conveniados ao SUS, bem como a hospitais privados caso houvesse superlotação na rede pública. Determinou também, caso as medidas fossem descumpridas, o bloqueio de verba orçamentária municipal e estadual destinada às políticas públicas, sob o ponto de vista constitucional, não prioritárias.

- 6- Processo n. 2008.51.01.004637-6

Ação Civil proposta pela Defensoria Pública da União versando sobre a obrigação estatal de abertura dos Postos de saúde e PAMs nos finais de semana, para tratamento da população carioca durante a epidemia de dengue de 2008.

Na decisão de antecipação dos efeitos da tutela, a juíza federal determinou que o Município abrisse os postos municipais e PAMs durante 24 horas, inclusive durante finais de semana, sob pena de multa pessoal do Secretário Municipal de Saúde no importe de R\$ 10.000,00. Determinou ainda que União, Estado e Município, solidariamente fornecessem as equipes médicas necessárias para o funcionamento dos postos, também sob pena de multa no valor de R\$ 10.000,00, cada um.

O Município do Rio de Janeiro propôs Ação Civil Pública (Processo n. 2008.51.01.010252-5) seqüencialmente a distribuição da Ação da Defensoria Pública, procurando justificar o caos na saúde pública durante o surto de dengue. Entre as justificativas apresentadas o Município alegou que tem o ônus de administrar 24 unidades de saúde federais existentes na cidade, o que faz mediante convênios assinados com a União Federal. Ressaltou que a atual administração federal causou enormes prejuízos ao município em virtude de reiterado inadimplemento por parte da União, que só cessou após decisões judiciais e o reconhecimento das obrigações pelo ente federal em acordo celebrado em 09.09.2005.

A Administração Municipal ressaltou também que cerca de 40% dos pacientes atendidos na rede municipal são oriundos de outros municípios e que tal responsabilidade pelo atendimento é de outras municipalidades, do estado do Rio de Janeiro e da União Federal.

Elencou diversas unidades de saúde federais que estavam com suas emergências fechadas, entre elas: o Hospital Geral de Bonsucesso, o Hospital Clementino Fraga Filho e o Hospital dos

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Servidores do Estado. Dentre os hospitais estaduais relatou que os hospitais Albert Schweitzer, Rocha Faria e Pedro II reabriram suas emergências há pouco tempo, porém de forma deficiente e precária. Elencou ainda unidades hospitalares estaduais e federais com setores ou andares inteiros fechados: Hospital Clementino Fraga Filho, Hospital dos Servidores do Estado, Hospital Estadual Rocha Faria, Hospital do Andaraí e Hospital da Lagoa.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

5 PRINCIPAIS VIOLAÇÕES AO DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO DO RIO DE JANEIRO

5.1 ACESSO

Conforme consta do Art. 196 da Constituição Federal, a saúde é um dever do Estado a ser garantido mediante a promoção do acesso igualitário às ações e serviços públicos de saúde. O acesso igualitário pressupõe não discriminação e a organização de uma rede de serviços que permita a universalização do acesso. Esta rede de serviço deve ser organizada de forma adequada considerando tanto os aspectos geográficos como as características epidemiológicas, sociais, econômicas e culturais da população abrangida.

A missão ao Rio de Janeiro permitiu verificar que há uma violação ao direito à saúde no Município em decorrência da total ausência de serviços em determinadas regiões bem como da extrema dificuldade de acesso da população aos serviços oferecidos, dificuldades estas decorrentes de questões geográficas, de renda, de origem social, dentre outras, como detalharemos a seguir:

5.1.1 Acesso às ações de vigilância em saúde.

No que se refere às ações preventivas de vigilância em saúde, as condições sanitárias verificadas nos bairros periféricos da cidade demonstram claramente que a população residente nas periferias do Rio de Janeiro tem maior risco de ser acometida por diversas doenças em decorrência das precárias condições de saneamento básico e de acesso a serviços públicos essenciais como coleta de lixo regular e controle de vetores de doenças epidêmicas, notadamente a dengue e a tuberculose.

Neste aspecto, as duas últimas epidemias de dengue verificadas no Município do Rio de Janeiro, com destaque para a do ano de 2002, demonstram a precariedade das ações de vigilância em saúde na cidade e as suas funestas conseqüências à saúde da população. A morte das pessoas durante essas epidemias configura clara violação ao direito humano à saúde pois foram mortes evitáveis.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

5.1.2 Acesso à assistência à saúde

5.1.2.1 A organização da rede de atendimento

Foi ponto pacífico durante a missão “Saúde para o Rio” que a rede de saúde não é integrada. Pode-se explicar a falta de integração – sem jamais justificá-la- levando em conta a dificuldade de relacionamento do governo municipal e estadual. É evidente que o embate político entre governos transborda os limites de seus respectivos gabinetes para assumir frente eleitoreira sobre quem pode mais. A incipiente cobertura do Programa Saúde da Família e a falta de infraestrutura dos postos de saúde se reflete claramente no termo utilizado pela promotora do Ministério Público: “deserto sanitário”. A população não encontra atendimento na maior parte das vezes ou precisa se deslocar muito para chegar a uma Unidade básica de saúde.

A situação da rede estadual não é melhor. Hospitais totalmente deteriorados (conforme as constatações da visita ao Hospital Getúlio Vargas, e os dados colhidos no relatório disponibilizado pelo SINMED), com carência de pessoal e insumos e sem capacidade de atender referenciamentos realizados pela rede municipal de saúde. Novamente, a justificativa de insuficiência financeira se revela tola quando nos deparamos com mais e mais Unidades de Pronto Atendimento (UPA) sendo inauguradas pelo governo estadual. Sua função híbrida e sua organização vão contra a sistemática prevista pelo Sistema Único de Saúde.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

5.1.2.2 O problema do deslocamento até os serviços de saúde

Com o deslocamento que a população precisa realizar para ter acesso à rede de saúde há o aumento do risco da violência. Atravessar comunidades rivais revela-se extremamente perigoso e muitas vezes o atendimento não é realizado. A violência é fator preponderante para que as ambulâncias não subam nos morros mesmo quando a secretaria municipal de saúde recebe graves denúncias sobre a condição de uma pessoa. A falta de integração no transporte dificulta ainda mais o acesso: seja pelo tempo que o paciente leva para chegar à unidade de atendimento; seja pela falta de condições financeiras para ter acesso ao transporte.

5.1.2.3 Educação e promoção em saúde

A falta de programas de promoção de saúde pela secretaria municipal que contemple, entre outras tantas ações, aquelas de moradia adequada, saneamento básico, coleta de lixo, fica evidenciada quando percebemos que quem promove educação em saúde é, muitas vezes, um membro da própria comunidade que, sem ter outra alternativa, busca o apoio de ONGs para conseguir insumos e realizar seu trabalho, voluntariamente. É evidente que não só a falta de educação em saúde como a precariedade de insumos para sua efetiva realização contribui exponencialmente para a proliferação de doenças e agravamentos na saúde. Acrescente-se aí, como fator determinante para o impedimento destas ações, a violência. A secretaria municipal de saúde, ciente de focos de febre tifóide entre o Morro do Vidigal e da Rocinha, não toma as providências necessárias em função da violência.

5.2 Atendimento

Também a questão do acesso aos serviços de atenção à saúde oferecidos nos hospitais e postos de saúde representa uma constante de violação ao direito humano à saúde no Município do Rio de Janeiro.

Conforme o Art. 196 da Constituição, o acesso às ações e serviços públicos de saúde deve ser universal e igualitário. Problemas como a falta de médicos e outros profissionais de saúde, sucateamento da rede instalada, falta de humanidade no atendimento aos usuários dos serviços públicos e as crônicas filas se repetem na rede de serviços públicos de saúde e provocam recorrentes violações aos direitos humanos.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

5.2.1 Da falta de médicos

Um primeiro exemplo de problema de atendimento foi verificado já no primeiro dia da missão, quando o Hospital Miguel Couto teve o seu serviço de atendimento de emergência fechado por falta de médicos.

A justificativa do Hospital foi que a cooperativa contratada não enviou os médicos que deveria ter enviado. Trata-se de um problema de gestão que veremos mais abaixo. Neste item, é importante destacar que esses problemas de gestão geram violações ao direito humano à saúde pois mostram a incapacidade do poder público de atender às demandas da população.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

5.2.2 Da inadequação da rede de serviços públicos instalada

Os hospitais visitados e os dossiês produzidos pelos médicos demonstram claramente a inadequação da rede de serviços públicos instalada.

O Hospital Getúlio Vargas, por exemplo, está em vias de degradação rápida e vários setores estão com instalações físicas totalmente inadequadas. Ocorre também um sucateamento dos equipamentos, fato que provoca a impossibilidade de prestação de um bom serviço de saúde. O serviço de pronto socorro tem carência de médicos e de enfermeiros, sendo sub-dimensionado em relação à demanda da região.

Ao mesmo tempo, o próprio governo do Estado abre uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA- ao lado do hospital Getúlio Vargas, ocupando uma área pública onde antes era um parque para lazer. Ou seja, ao invés de restaurar e aproveitar o Hospital e sua capacidade instalada, por motivos de visibilidade política, o poder público local opta por abrir um “novo” serviço, ao lado do “antigo”, para prestar exatamente os mesmos serviços.

5.2.3 O problema das filas, denúncias de venda de senhas de atendimento e a falta de humanidade no atendimento

Como relatado acima, o problema das filas para acesso ao serviço público de saúde gera uma série de violações ao direito humano à saúde. Recebemos denúncias de corrupção muito sérias, segundo as quais há venda de senhas nas filas dos postos de saúde. Tais denúncias foram encaminhadas à Promotoria de Justiça do Rio de Janeiro para apuração.

Além disso, alguns postos de saúde são fechados em decorrência da violência de traficantes das áreas onde ficam os serviços públicos, gerando insegurança tanto nos pacientes quanto nos profissionais de saúde.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Segundo relatos, há uma espécie de discriminação institucional com as pessoas pobres no atendimento, reflexo de um atendimento frio que não considera os direitos humanos daqueles que procuram os serviços de saúde. Muitas vezes, pessoas que estão em condições de saúde precárias e tiveram que fazer grandes locomoções para chegar ao serviço de saúde são rechaçadas por falta de senha ou de “referenciamento”, sem que se preste o devido esclarecimento ao cidadão sobre como deve proceder para ser de fato atendido.

5.3 Gestão

Várias das violações verificadas refletem problemas de gestão dos serviços públicos de saúde no município do Rio de Janeiro.

Dentre os problemas de gestão verificados que geram violações ao direito humano à saúde podemos citar:

- i) a questão federativa no Rio de Janeiro, onde União, Estado e Município não se conversam e geram uma rede de serviços desarticulada;
- ii) problemas de contratação de profissionais de saúde, com uma rede que possui profissionais de saúde mal remunerados ou com contratações precárias; (terceirizados, como no caso da emergência do Miguel Couto);
- iii) falta de integração das redes municipal, estadual e federal, em especial no que se refere ao referenciamento de atendimento entre vários serviços;
- iv) problemas de resolutividade, com um sistema que não se mostra capaz de acompanhar o atendimento de um cidadão até a sua cura, ou a garantia de um cuidado integral para este paciente em todos os serviços necessários.

6 RECOMENDAÇÕES DA RELATORIA

Sendo um direito social, o direito à saúde tem como característica marcante a exigência de um Estado atuante e ativo na sua proteção e promoção. O Estado deve assumir a posição de ente regulador das ações e serviços de interesse à saúde, bem como de principal responsável pela prestação de serviços públicos universais, integrais, de qualidade e que promovam a equidade.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Assim, os princípios jurídicos e conceitos constitucionais, como os da universalidade, integralidade, responsabilidade, acesso igualitário, participação da comunidade, entre outros, tornam-se concretos e eficazes na exata medida em que são efetivamente protegidos pelo Estado.

A situação da rede de saúde municipal é muito precária, especialmente nas periferias do Município. Violações como falta de acesso aos serviços, vendas de senhas em filas, atendimento desumano e pouco resolutivo, entre outras, devem ser enfrentadas com políticas públicas condizentes com a gravidade dos problemas encontrados.

Percebe-se claramente que os mandamentos da Portaria n. 648 de 28 de março de 2006, que estabeleceu que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organização da atenção básica, não vêm sendo cumpridos uma vez que a cobertura de serviços no Rio de Janeiro é baixíssima. Os fundamentos da referida Portaria são possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS de universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante cadastramento e a vinculação dos usuários.

Tampouco vêm sendo observadas as determinações da Portaria MS n. 1.101 de 12 de junho de 2002 que estabeleceu, entre outros, parâmetros que representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras.

RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Deve-se ampliar a Estratégia do Programa Saúde da Família no Município, articulando-o com a atuação dos agentes comunitários de saúde.

Também mostra-se fundamental a promoção de ações intersetoriais para a promoção da saúde no Município, com o aprofundamento de ações interdisciplinares com as áreas de segurança pública, transporte, educação, moradia e saneamento básico.

Finalmente, como grande movimento para cessar as violações encontradas, devem ser articuladas as ações da União, dos Estados e dos Municípios para fins de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, em consonância com a Constituição Federal.

Fernando Aith

Relator Nacional para o Direito Humano à Saúde

Camila Marques Gilberto

Assessora da Relatoria para o Direito Humano à Saúde

*relatório finalizado pelos autores em setembro de 2009, com revisão final e edição pela Plataforma Dhesca Brasil em dezembro de 2009.