



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
Doutorado em Saúde Pública



**Antonio da Cruz Gouveia Mendes**

---

**Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e  
Emergência:  
Uma abordagem por triangulação de métodos**

---

RECIFE  
2009

**Antonio da Cruz Gouveia Mendes**

**Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência:  
Uma abordagem por triangulação de métodos**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em  
Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para  
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior  
Co-orientador: Prof. Dr. Ricardo Antonio Wanderley Tavares

Recife  
2009

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

M538a Mendes, Antonio da Cruz Gouveia.

Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência:  
Uma abordagem por triangulação de métodos/ Antonio da Cruz  
Gouveia Mendes. — Recife: A. C. G. Mendes, 2009.

287 p.: il.: tabs. quadros

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

Orientador: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior.

Co-orientador: Ricardo Antonio Wanderley Tavares

1. Qualidade da Assistência de Urgência. 2. Satisfação dos  
Usuários. 3. Condições Oferecidas. 4. Motivação dos Profissionais. 5.  
Avaliação das Políticas de Qualificação da Saúde. 6. Triangulação de  
Métodos. II. Título.

CDU 614.2

---

Antonio da Cruz Gouveia Mendes

**Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência:**

Uma abordagem por triangulação de métodos

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior  
CPqAM/FIOCRUZ

---

Profa. Dra. Luci Praciano Lima  
UFPE

---

Profa. Dra. Gerluce Alves Pontes da Silva  
UFBA/MS

---

Prof. Dr. Tereza Maciel Lyra  
CPqAM/FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Wayner Vieira de Souza  
CPqAM/FIOCRUZ

*À minha mulher e companheira  
Gerlane*

*Aos meus filhos  
Pedro, Mara e Júlia*

## **Agradecendo e compartilhando a alegria**

A José Luís pela convivência sempre inteligente e carinhosa em todos os momentos, formais de orientação ou não;

Ao Grupo de pesquisa do LABSIS: Betise, Petra, Renata, Gabriela, Tadeu, Vanessa e Flávia pelo empenho e riqueza das discussões;

Aos estagiários: Mara, Tatiana, Vanessa, Daniela, Andreza, Rebecca e André que coletaram criteriosamente e responsabilmente os dados da pesquisa nas emergências pesquisadas;

Às conversas inteligentes com Eduardo Freese, Pedro Miguel, Ricardo Tavares, Rômulo Maciel e Tereza Maciel que permitiram reflexões ricas para a solução de impasses teóricos e metodológicos;

A Wayner Souza pela presteza e paciência em dar sempre a opinião final do estatístico;

A Fabio Lessa (*in memoriam*) e Domício que juntos conduzimos o Laboratório de Análises dos Sistemas de Informações em Saúde – LABSIS, oferecendo um interessante espaço de pesquisa;

À banca examinadora desta tese: Lucy Praciano, Gerluce Alves, Tereza Maciel e Wayner Souza por aceitar participar desta avaliação;

Aos colegas de Doutorado que pela diversidade de inserções e de temáticas desenvolvidas permitiram contribuições recíprocas;

Aos que fazem a Secretaria Acadêmica pela presteza nos esclarecimentos;

Aos que fazem a Biblioteca, nas pessoas de Mégine e Adagilson, pelo suporte dado à pesquisa bibliográfica na realização deste estudo;

A todos os pesquisadores e funcionários do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e em particular do meu Departamento o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva que foram solidários neste momento de doutoramento;

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz nas pessoas de seus Diretores Rômulo Maciel e Eduardo Freese pelas condições dadas às pesquisas;

Ao Ministério da Saúde através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e a Rede Observatórios de Recursos Humanos de Saúde – ROREHS pelo apoio dado para garantir a infraestrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa;

À Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Diretorias dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas pela contribuição na realização desta pesquisa;

Aos médicos, enfermeiros e usuários que colaboraram com suas avaliações acreditando na contribuição que estariam dando para melhoria da qualidade da assistência de urgência e emergência.

Aos companheiros de luta pela Reforma Sanitária, personificado em Mario Hamilton (*in memoriam*), pelos debates sobre os rumos e necessidades da saúde pública no país;

Aos companheiros de luta e vida, meus amigos irmãos Humberto Costa e Jarbas Barbosa;

A Leopoldo, Toinho e Nininha, juntos na luta pela vida;

Aos meus pais Delfino e Nanete (*in memoriam*) que, gostariam tanto de ter um filho “doutor”.

MENDES, A. C. G. **Avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência:** Uma abordagem por triangulação de métodos. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CPqAM/FIOCRUZ, Recife, 2009.

## Resumo

Este estudo tem como objetivo a avaliação da qualidade do atendimento de urgência geral nas unidades de alta complexidade do Sistema Único de Saúde da cidade do Recife nos anos de 2006 e 2007. Foram pesquisadas as emergências dos Hospitais da Restauração Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, sendo entrevistados 420 usuários, 84 médicos, 42 enfermeiros e os três Diretores Gerais. É um estudo de casos múltiplos de cunho exploratório e explanatório. Tem como referencial analítico as **dimensões gerais da qualidade** a serem avaliadas: 1 – respeito aos direitos das pessoas, a) confidencialidade das informações, b) privacidade no atendimento, c) direito à informação, d) conforto, e) dignidade e cortesia, f) priorização ao usuário, g) percepção da qualidade da assistência pelos usuários, 2 – acolhimento; e a **análise de estrutura e processo**. Para seu estudo lançou mão de diversos métodos e técnicas para apreensão da satisfação dos usuários, avaliação das condições de trabalho, motivações dos médicos e enfermeiros, avaliação das políticas de qualificação da assistência com os gestores hospitalares, análise dos prontuários dos pacientes e observações dos pesquisadores sobre as dimensões avaliadas. Possibilitando ao final a triangulação dos resultados e análise final. Tem como principais achados: a) A insatisfação unânime com as condições oferecidas por usuários, profissionais e gestores nas três emergências, sendo a superlotação das emergências expressão mais evidente das más condições oferecidas; b) O trabalho dos profissionais pelos usuários é bem melhor avaliado que as condições oferecidas. Os médicos e enfermeiros têm uma grande motivação para o trabalho nas emergências, mas o grau de motivação não interfere na satisfação dos usuários; c) Apesar do reconhecimento dos gestores de que o acolhimento com classificação de risco é o elemento central da requalificação das emergências em nenhuma das emergências tinha a sua implantação plena, resultado que talvez determine a maior insatisfação com as recepções das emergências; d) Quanto às dimensões da qualidade a avaliação no geral foi boa em relação à confidencialidade e a assistência clínica, uma avaliação razoável em relação ao direito à informação e dignidade e cortesia no atendimento e uma avaliação muito ruim em relação ao conforto, confidencialidade das informações e aos tempos de espera; e) Apesar da emergência do Hospital da Restauração oferecer as melhores condições de trabalho, ter profissionais com boa motivação, ter menores tempos de espera, maior disponibilização de meios diagnósticos, maior implantação do acolhimento com classificação de risco e responsabilização com o usuário, tem a pior avaliação dos usuários provavelmente determinada pelo perfil de maior gravidade dos pacientes e uma maior necessidade de presteza na assistência; f) A triangulação de métodos em estudo de casos demonstrou ser uma potente ferramenta metodológica para aproximação de problemas complexos.

Palavras chave: Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência, Avaliação das Condições Oferecidas, Satisfação dos Usuários, Motivação dos Profissionais, Avaliação das Políticas de Qualificação da Saúde, Triangulação de Métodos.



MENDES, A. C. G. **Evaluation of the quality of the urgency assistance and emergency: A boarding for triangulation of methods.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CPqAM/FIOCRUZ, Recife, 2009.

### **Abstract**

This study aims to evaluate the quality of general emergency care at high-complexity Brazilian National Health Service units in the city of Recife in 2006 and 2007. The emergency units studied were those of the Restauração, Getúlio Vargas and Otávio de Freitas Hospitals and 420 patients, 84 doctors, 42 nurses and three general directors were interviewed. This is a multiple case study of an exploratory and explanatory nature. The analytical framework used are the **general quality dimensions**: 1 – respect for the rights of the individual, a) confidentiality, b) privacy, c) the right to information, d) comfort, e) dignity and courtesy, f) patient priority, g) patient perception of quality of care, 2 – reception; and an **analysis of structures and processes**. The study uses various methods and techniques to ascertain the degree of satisfaction of patients, to evaluate working conditions, to determine the motivation of doctors and nurses, to evaluate quality care policy with hospital managers, to analyze patient records and collect observations regarding the dimensions of quality under study. This allowed the results to be triangulated and a final analysis conducted. The main findings were: a) the patients, medical staff and managers were unanimous in their dissatisfaction with the conditions offered, most frequently citing emergency system overload; b) the work of medical staff received a much better evaluation from patients than the conditions. Doctors and nurses are highly motivated to work in emergency units, but this does not have an effect on patient satisfaction; c) although managers are aware that special reception for patients classified as at-risk is the central factor in improvement of the quality of the emergency service, this had not been fully installed at any of the emergency units studied, which may explain why dissatisfaction is greatest with regard to reception at emergency units; d) the quality indicators and overall evaluation were good for confidentiality and clinical care, average for information and dignity and courtesy and very poor for comfort, confidentiality and waiting time; e) although the Restauração Hospital emergency unit provides the best working conditions, has a highly motivated medical staff, shorter waiting times, more diagnostic procedures available, better implementation of a special reception for patients classified as at-risk and greater responsibility towards the patient, it received the worst evaluation from patients. This is probably because of the serious nature of the patients' conditions at this hospital and the greater need for prompt assistance; f) the triangulation of case-study methods proved to be a powerful methodological tool for dealing with complex problems.

Key words: Evaluation of Emergency Care Quality, Evaluation of Health-Care Conditions, Patient Satisfaction, Motivation of Medical Staff, Evaluation of Health Care Quality Policies, Triangulation of Methods.

## Lista de Ilustrações

### PARTE 1

#### Capítulo 2

Quadro 1	Portarias que compõem a Política Nacional de Atenção às Urgências.....	49
Figura 1	Diagrama representativo da organização da emergência de acordo com o grau de risco do paciente.....	59

#### Capítulo 3

Quadro 1	Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa.....	86
Quadro 2	Leitos hospitalares e internações médias mensais - Hospital da Restauração, 2006.....	90
Quadro 3	Leitos hospitalares e internações médias mensais - Hospital Getúlio Vargas, 2006.....	91
Quadro 4	Leitos hospitalares e internações médias mensais - Hospital Otávio de Freitas, 2006.....	91
Quadro 5	Número de médicos, enfermeiros e atendimentos de urgência por hospitais.....	92
Figura 1	Diagrama representativo do plano de análise dos dados.....	99

### PARTE 2

#### Capítulo 4

Quadro 1	Descrição das questões, dimensões e locais da assistência a serem avaliados na satisfação dos usuários.....	111
Gráfico 1	Distribuição dos usuários entrevistados segundo região de residência.....	122
Gráfico 2	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e do trabalho dos médicos e enfermeiros nas Emergências da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.....	128

#### Capítulo 5

Quadro 1	Correspondência entre os fatores e itens da EVT.....	153
----------	--	-----

#### Capítulo 8

Quadro 1	Matriz da Condensação de Significados das Entrevistas.....	224
----------	--	-----

#### Capítulo 9

Quadro 1	Matriz de análise por integração dos resultados.....	255
----------	--	-----

Quadro 2	Matriz de análise por triangulação dos resultados - Condições oferecidas nas emergências pesquisadas.....	256
----------	---	-----

## Lista de Tabelas

### PARTE 2

#### Capítulo 4

Tabela 1	Distribuição dos usuários segundo faixa etária dos entrevistados, 2007.....	120
Tabela 2	Distribuição dos usuários segundo sexo dos entrevistados, 2007.....	120
Tabela 3	Distribuição dos usuários entrevistados segundo identificação do usuário com raça/cor, 2007.....	121
Tabela 4	Distribuição dos usuários entrevistados segundo opção religiosa, 2007.....	121
Tabela 5	Distribuição dos usuários segundo estado civil dos entrevistados, 2007.....	121
Tabela 6	Distribuição dos usuários segundo município de residência dos entrevistados, 2007.....	122
Tabela 7	Distribuição dos usuários segundo escolaridade dos entrevistados, 2007.....	123
Tabela 8	Distribuição dos usuários entrevistados segundo tipo de ocupação, 2007.....	123
Tabela 9	Distribuição dos usuários segundo meio de transporte utilizado para locomoção até o hospital, 2007.....	124
Tabela 10	Distribuição dos usuários segundo relato de encaminhamento, 2007.....	124
Tabela 11	Distribuição dos usuários segundo o local de encaminhamento, 2007.....	125
Tabela 12	Distribuição dos usuários entrevistados segundo a presença de acompanhante, 2007.....	125
Tabela 13	Grupos de queixas dos usuários que motivaram a procura às emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.....	126
Tabela 14	Avaliação da satisfação dos usuários com atendimento no Pronto-Atendimento e Emergência dos Hospitais Getúlio Vargas, Restauração e Otávio de Freitas, 2007.....	127
Tabela 15	Avaliação da satisfação dos usuários com os setores de atendimento nos Hospitais Getúlio Vargas, Restauração e Otávio de Freitas, 2007.....	127
Tabela 16	Avaliação das condições oferecidas ao usuário e trabalho dos profissionais nas emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.....	128
Tabela 17	Avaliação das condições oferecidas ao usuário e trabalho dos profissionais segundo a faixa etária dos usuários nas emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.....	129

Tabela 18	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas ao usuário pelo hospital e trabalho dos profissionais segundo a escolaridade dos usuários nas emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.....	129
Tabela 19	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas ao usuário pelo hospital e trabalho dos profissionais segundo a ocupação dos usuários nas emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.....	130
Tabela 20	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas ao usuário pelo hospital e trabalho dos profissionais segundo o sexo dos usuários nas emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.....	130
Tabela 21	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas pelo hospital, segundo tipo de queixa dos usuários que motivaram a procura às emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.....	131
Tabela 22	Avaliação da satisfação dos usuários com o trabalho dos profissionais, segundo tipo de queixa dos usuários que motivaram a procura às emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.....	132
Tabela 23	Avaliação da satisfação dos usuários das emergências segundo as Dimensões da Qualidade, 2007.....	132
Tabela 24	Avaliação da satisfação dos usuários segundo as Dimensões da Qualidade nas emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.....	133
Tabela 25	Avaliação das questões contidas no questionário dos usuários das emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.....	135
Tabela 26	Avaliação da satisfação dos usuários segundo as Dimensões da Qualidade e faixa etária dos usuários das emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.....	137

Tabela 27	Avaliação da satisfação dos usuários segundo as Dimensões da Qualidade e escolaridade dos usuários das emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas,, 2007.....	138
Tabela 28	Avaliação geral da satisfação dos usuários com o atendimento nas emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.....	138

## **Capítulo 5**

Tabela 1	Distribuição dos profissionais enfermeiros e médicos segundo sexo, 2007....	158
Tabela 2	Distribuição dos profissionais enfermeiros e médicos segundo faixa etária, 2007.....	159
Tabela 3	Distribuição dos profissionais enfermeiros e médicos segundo estado civil, 2007.....	159
Tabela 4	Distribuição dos profissionais enfermeiros e médicos segundo tempo de formado, 2007.....	159
Tabela 5	Distribuição dos profissionais enfermeiros e médicos segundo tempo de trabalho, 2007.....	160
Tabela 6	Distribuição dos profissionais enfermeiros e médicos segundo universidade, 2007.....	160
Tabela 7	Distribuição dos profissionais enfermeiros e médicos segundo tipo de pós-graduação, 2007.....	160
Tabela 8	Distribuição dos profissionais enfermeiros e médicos segundo tipo de vínculo com o Hospital, 2007.....	161
Tabela 9	Distribuição dos profissionais enfermeiros e médicos segundo a renda mensal total, 2007.....	161
Tabela 10	Distribuição dos profissionais enfermeiros e médicos segundo escolha da lotação na emergência, 2007.....	161
Tabela 11	Distribuição dos profissionais enfermeiros e médicos segundo regime semanal de trabalho, 2007.....	162
Tabela 12	Distribuição dos profissionais enfermeiros e médicos segundo outros tipos de vínculos, 2007.....	162
Tabela 13	Avaliação geral dos escores dos fatores motivacionais dos médicos e enfermeiros, 2007.....	163

Tabela 14	Avaliação dos escores dos fatores motivacionais dos profissionais de acordo com os Hospitais Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.....	164
Tabela 15	Avaliação dos escores dos fatores motivacionais de acordo com os profissionais médicos e enfermeiros, 2007.....	165
Tabela 16	Avaliação dos escores dos fatores motivacionais dos profissionais médicos e enfermeiros de acordo com o tempo de trabalho nas emergências, 2007.....	165
Tabela 17	Avaliação dos escores dos fatores motivacionais de acordo com o sexo dos profissionais, 2007.....	166
Tabela 18	Diferença da valorização dos fatores motivacionais em relação à profissão, emergências dos hospitais e sexo dos profissionais pela análise da regressão linear, 2007.....	167
Tabela 19	Avaliação das condições de trabalho na emergência do Hospital da Restauração de acordo com as condições de trabalho, 2007.....	169
Tabela 20	Avaliação das condições de trabalho na emergência do Hospital Otávio de Freitas de acordo com as condições de trabalho, 2007.....	170
Tabela 21	Avaliação das condições de trabalho na emergência do Hospital Getúlio Vargas de acordo com as condições de trabalho, 2007.....	171
Tabela 22	Avaliação das condições de trabalho segundo os médicos das emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	172
Tabela 23	Avaliação das condições de trabalho segundo os enfermeiros das emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	173

## **Capítulo 6**

Tabela 1	Observações da limpeza imediata na presença de resíduos nas emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	193
Tabela 2	Tempo de espera da chegada do paciente até sua entrada no Hospital, segundo turno de trabalho e emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	194

Tabela 3	Tempo de espera da entrada do paciente até ser atendido pelo médico ou enfermeiro, segundo turno de trabalho e emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	195
Tabela 4	Tempo de espera entre a solicitação e coleta de exames laboratoriais, segundo turno de trabalho e emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	196
Tabela 5	Tempo de espera total para recebimento dos resultados dos exames laboratoriais segundo turno de trabalho e emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	197
Tabela 6	Tempo de espera para realização do exame de raio X, segundo turno de trabalho e emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	198
Tabela 7	Tempo de espera para realizar Endoscopia, segundo emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	199
Tabela 8	Tempo de espera para realização da Ultrassonografia, segundo emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	200
Tabela 9	Tempo de espera para realização da Tomografia, segundo emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	200

## **Capítulo 7**

Tabela 1	Frequência de preenchimento do prontuário do paciente pelos médicos nas emergências pesquisadas, 2007.....	212
Tabela 2	Número de itens do prontuário do paciente preenchidos pelos médicos e enfermeiros nas emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	213
Tabela 3	Frequência de preenchimento pelos enfermeiros quanto aos itens do prontuário do paciente nas emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	213
Tabela 4	Frequência de preenchimento pelos enfermeiros quanto aos itens do prontuário do paciente nas emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.....	214



## Lista de abreviações e siglas

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DC	Diário de campo
EVT	Escala de Valores Relativos ao Trabalho
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
GT	Grupo Técnico
HGV	Hospital Getúlio Vargas
HOF	Hospital Otávio de Freitas
HR	Hospital da Restauração
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização
IAC's	Instituições Acreditoras Credenciadas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
LABSIS	Laboratório de Análises dos Sistemas de Informações em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PQSS	Política de Qualificação da Saúde Suplementar
PRO-ADESS	Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro

QMT	Questionário de Motivação para o Trabalho
QualiSUS	Política de Qualificação da Assistência à Saúde
RHS	Rede de Humanização em Saúde
ROREHS	Rede Observatórios de Recursos Humanos de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPE	Universidade de Pernambuco
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>22</b>
..	
<b>PARTE 1</b>	
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>26</b>
..	
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO GERAL: Da avaliação da qualidade ao desenvolvimento de políticas de qualificação da assistência à saúde.....</b>	<b>31</b>
..	
<b>2.1 Avaliação em saúde e suas dimensões da qualidade.....</b>	<b>31</b>
<b>2.2 Políticas nacionais de qualificação da atenção à saúde.....</b>	<b>43</b>
2.2.1 Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.....	44
2.2.2 Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar.....	45
2.2.3 Política Nacional de Atenção às Urgências.....	47
2.2.4 Política de Qualificação da Atenção à Saúde – QualiSUS.....	52
2.2.4 Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.....	59
Referências.....	62
..	
<b>3 METODOLOGIA GERAL: Do referencial teórico ao plano geral da pesquisa.....</b>	<b>68</b>
..	

<b>3.1</b>	<b>Sobre</b>	<b>o</b>	<b>68</b>
	<b>Método.....</b>		
<b>3.2</b>	<b>Definição das dimensões da qualidade da assistência.....</b>	<b>da</b>	<b>72</b>
<b>3.3</b>	<b>Sobre os instrumentos de pesquisas.....</b>	<b>de</b>	<b>74</b>
3.3.1	Elaboração dos instrumentos.....	dos	80
3.3.1.1	<i>Construção da matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa.....</i>	<i>de</i>	<i>81</i>
<b>3.4</b>	<b>Caracterização do universo a ser pesquisado.....</b>	<b>ser</b>	<b>89</b>
<b>3.5</b>	<b>Definição amostra.....</b>	<b>da</b>	<b>92</b>
<b>3.6</b>	<b>Coleta dados.....</b>	<b>de</b>	<b>93</b>
<b>3.7</b>	<b>Plano de análise dados.....</b>	<b>dos</b>	<b>96</b>
	<b>Referências.....</b>		<b>99</b>
	..		

## PARTE 2

<b>4</b>	<b>SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS: A avaliação da assistência de urgência e emergência em unidades de alta complexidade.....</b>	<b>10</b>
		<b>2</b>
<b>4.1</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>10</b>
	...	<b>2</b>
<b>4.2</b>	<b>Metodologia de avaliação da satisfação dos usuários.....</b>	<b>10</b>
		<b>8</b>
4.2.1	Elaboração do instrumento de avaliação da satisfação dos usuários.....	10
		9

4.2.2	Coleta de dados.....	de	11
			5
4.2.3	Plano de análise dos questionários dos usuários.....	dos	11
			5
4.3	<b>Resultados da satisfação dos usuários.....</b>		11
			8
4.3.1	Caracterização dos usuários e de sua chegada ao hospital.....		11
			8
4.3.2	Avaliação da satisfação dos usuários com o atendimento.....	o	12
			5
4.4	<b>Discussão dos resultados da satisfação dos usuários.....</b>		13
			8
	<b>Referências.....</b>		14
	..		3
	..		
<b>5</b>	<b>MÉDICOS E ENFERMEIROS: Suas motivações para o trabalho nas emergências e as condições de trabalho oferecidas pelos hospitais.....</b>		14
			6
<b>5.1</b>	<b>Introdução.....</b>		14
	...		6
<b>5.2</b>	<b>Metodologia.....</b>		15
	..		0
5.2.1	Elaboração do instrumento de avaliação.....	de	15
			0
5.2.2	Coleta de dados.....	dos	15
			3
5.2.3	Plano de análise dos dados.....	dos	15
			4
<b>5.3</b>	<b>Resultados.....</b>		15
	..		6
5.3.1	Caracterização dos profissionais.....	dos	15
			6
5.3.2	Motivação dos médicos e	e	16
			0

	enfermeiros.....	
5.3.3	Condições de trabalho	16
	.....	5
<b>5.4</b>	<b>Discussão.....</b>	<b>17</b>
	..	1
	<b>Referências.....</b>	<b>17</b>
	..	8
<b>6</b>	<b>A OBSERVAÇÃO DOS PESQUISADORES: As condições oferecidas aos</b>	
	<b>usuários e a organização das</b>	<b>18</b>
	<b>emergências.....</b>	<b>1</b>
<b>6.1</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>18</b>
	...	1
<b>6.2</b>	<b>Metodologia da</b>	<b>18</b>
	<b>observação.....</b>	<b>3</b>
6.2.1	Elaboração dos instrumentos de	18
	observação.....	3
6.2.2	Coleta da	18
	observação.....	5
6.2.3	Plano de análise das	18
	observações.....	6
<b>6.3</b>	<b>Resultados das</b>	<b>18</b>
	<b>Observações.....</b>	<b>8</b>
6.3.1	Relato das observações das	18
	emergências.....	8
6.3.2	Avaliação da mensuração dos tempos de	19
	espera.....	1
<b>6.4</b>	<b>Discussão.....</b>	<b>19</b>
	..	9
	<b>Referências.....</b>	<b>20</b>
	..	6
<b>7</b>	<b>O PREENCHIMENTO DOS PRONTUÁRIOS POR MÉDICOS E</b>	
		<b>20</b>

	<b>ENFERMEIROS.....</b>	8
	..	
<b>7.1</b>	<b>Introdução.....</b>	20
	...	8
<b>7.2</b>	<b>Metodologia.....</b>	20
	..	9
7.2.1	Elaboração dos instrumentos	20
	.....	9
7.2.2	Coleta de dados.....	21
		0
7.2.3	Plano de análise dos resultados.....	21
		0
<b>7.3</b>	<b>Resultados.....</b>	21
	..	1
<b>7.4</b>	<b>Discussão.....</b>	21
	..	3
	<b>Referências.....</b>	21
	..	6
<b>8</b>	<b>AS POLÍTICAS DE QUALIFICAÇÃO E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRESTADA PELO HOSPITAL: O olhar do gestor hospitalar.....</b>	21
		8
<b>8.1</b>	<b>Introdução.....</b>	21
	...	8
<b>8.2</b>	<b>Metodologia das entrevistas com os diretores dos hospitais.....</b>	21
		9
8.2.1	Elaboração das entrevistas.....	22
		0
8.2.2	Realização das entrevistas.....	22
		1

8.2.3	Plano de análise das entrevistas.....	22 1
<b>8.3</b>	<b>Resultados e discussão.....</b>	<b>22 4</b>
8.3.1	Contribuição dos trabalhadores na qualidade do atendimento nas emergências....	22 4
8.3.2	Satisfação do usuário com o atendimento de emergência.....	22 9
8.3.3	Condições de trabalho oferecidas pelo hospital.....	23 3
8.3.4	Existência de uma política de qualificação do atendimento de urgência no hospital.....	23 6
8.3.5	Pontos básicos de uma proposta de melhoria da qualidade do atendimento de urgência e emergência.....	24 0
8.3.6	Condições da equipe gerencial para o desenvolvimento de uma proposta de melhoria da qualidade.....	24 4
	<b>Referências.....</b>	<b>24</b>
	..	9
<b>9</b>	<b>ANÁLISE FINAL: As conclusões por triangulação de métodos e resultados.</b>	<b>25</b>
	..	2
<b>9.1</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>25</b>
	...	2
<b>9.2</b>	<b>Metodologia.....</b>	<b>25</b>
	..	3
<b>9.3</b>	<b>Análise de estrutura e processo.....</b>	<b>25</b>
	..	6
9.3.1	Condições	25



	oferecidas.....	6
9.3.2	Trabalho dos profissionais.....	25
	profissionais.....	8
<b>9.4</b>	<b>Análise das dimensões da qualidade.....</b>	<b>26</b>
		0
9.4.1	Acolhimento.....	26
	..	1
9.4.2	Respeito aos direitos das pessoas.....	26
		2
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>26</b>
	...	8
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>28</b>
	...	6

## APRESENTAÇÃO

Esta tese sobre a qualidade da assistência de urgência e emergências em hospitais de alta complexidade desenvolvida pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ), pela complexidade do tema abordado e da metodologia adotada, assim como, pela transcendência do tema e importância para organização do sistema de saúde e estudo de políticas de saúde, será elaborada e apresentada em formato de livro com o objetivo de contribuir para uma maior divulgação dos resultados e conhecimentos sobre a assistência de urgência.

O texto está composto de duas partes, a primeira parte com os três primeiros capítulos e a segunda parte com seis capítulos, portanto o texto está composto de nove capítulos. O primeiro capítulo é a introdução à avaliação da qualidade da assistência às urgências onde é apresentado o problema a ser abordado, os objetivos do estudo e sua justificativa.

O segundo capítulo trata do referencial teórico geral sobre avaliação em saúde, as dimensões da qualidade, principais avaliações do sistema de saúde de âmbito nacional, avaliações específicas sobre a assistência de urgência e por último, aborda as políticas de melhoria da qualidade da assistência da saúde desenvolvidas no país buscando visualizar o cenário político sobre o tema que será abordado, assim como, trazendo referenciais teóricos destas políticas de qualificação para o estudo.

O terceiro capítulo versa sobre a metodologia geral da avaliação com revisão sobre o tema, definição do desenho do estudo, explicitação das dimensões da qualidade a serem estudadas, construção da matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa, caracterização do universo a ser pesquisado, definição da amostra, plano geral de coleta dos dados e plano geral de análise dos resultados. Portanto, o conteúdo deste capítulo será a base para o desenvolvimento das metodologias específicas que serão abordadas nos capítulos específicos.

A segunda parte é composta do quarto ao nono capítulo, o quarto capítulo refere-se à avaliação da satisfação dos usuários. É constituído por uma introdução, metodologia, resultados e discussão. Na introdução é feita uma revisão teórica sobre satisfação dos usuários e são apresentadas as escalas para medição do grau de satisfação. A metodologia consta da opção metodológica adotada para esta avaliação, elaboração dos instrumentos, coleta e plano de análise dos dados. Nos resultados são apresentados: a caracterização dos usuários e de sua chegada à emergência; a avaliação dos usuários em relação aos setores de atendimento (recepção, pronto atendimento e emergência); dimensões da avaliação (condições oferecidas e

trabalho dos profissionais) e as dimensões qualitativas (confidencialidade das informações, privacidade no atendimento, direito à informação, conforto, dignidade e cortesia, tempos de espera e percepção da qualidade da assistência clínica). Por fim, é realizada uma discussão dos resultados.

O quinto capítulo refere-se à avaliação das condições de trabalho e motivação dos médicos e enfermeiros. Consta de introdução onde é realizada uma revisão teórica do tema e dos instrumentos para avaliação da motivação para o trabalho; da metodologia adotada, elaboração dos instrumentos, coleta e plano de análise dos dados; dos resultados da motivação dos médicos e enfermeiros, condições de trabalho e perfil dos profissionais; e por último pela discussão dos resultados.

O sexto capítulo trata da observação sistemática dos pesquisadores sobre as condições oferecidas aos usuários, profissionais e organização das emergências. Na introdução é realizada uma revisão teórica sobre a técnica de investigação; na metodologia consta a elaboração do instrumento de observação, coleta dos dados e plano de análise; nos resultados são apresentados os relatos das observações realizadas nas emergências pela equipe de pesquisa e a avaliação da mensuração dos tempos de espera; e por fim é realizada a discussão dos resultados.

O sétimo capítulo avalia o preenchimento dos prontuários. Consta de uma introdução ao tema; da metodologia adotada com a elaboração dos instrumentos, da coleta e plano de análise dos dados; dos resultados e discussão.

No oitavo capítulo é realizada a avaliação da qualidade da assistência de urgência com os diretores das unidades participantes da pesquisa, esta é uma avaliação sobre a política de qualificação da assistência de urgência desenvolvida na emergência do hospital. Na introdução discorre-se sobre a técnica de investigação; na metodologia relata-se a elaboração e realização das entrevistas, assim como, o plano e técnica de análise adotada; por fim os resultados e discussões são apresentados simultaneamente e tem como roteiro de sua apresentação: contribuição dos trabalhadores na qualidade do atendimento nas emergências, satisfação do usuário com o atendimento de emergência, condições de trabalho oferecidas pelo hospital, existência de uma política de qualificação do atendimento de urgência no hospital, pontos básicos de uma proposta de melhoria da qualidade do atendimento de urgência e emergência, e condições da equipe gerencial para o desenvolvimento de uma proposta de melhoria da qualidade.

No último capítulo (nono) é realizada a análise final através do diálogo entre todos os resultados. Para tanto, a partir da Matriz de elaboração dos instrumentos foi necessária a

elaboração da Matriz de análise por integração dos resultados. Os resultados e discussões são apresentados a partir das dimensões definidas para esta avaliação. Estrutura: condições oferecidas, processo: trabalho dos profissionais; e dimensões da qualidade: acolhimento e respeito aos direitos das pessoas. Além da discussão final da contribuição da combinação de métodos e diálogo de resultados quantitativos e qualitativos para avaliação da qualidade.

O apoio dado pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) foi fundamental para garantir a infra-estrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa e na divulgação de seus resultados através da Rede Observatórios de Recursos Humanos de Saúde – ROREHS. O Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ), através dos que fazem o Laboratório de Análises dos Sistemas Informações em Saúde (LABSIS) e o Observatório de Recursos Humanos deram o suporte técnico e teórico para o desenvolvimento do estudo.

Os resultados aqui obtidos não seriam possíveis sem a grandeza e contribuição dos gestores da Secretaria Estadual de Saúde e das unidades hospitalares avaliadas. Porém, somos particularmente gratos aos usuários e profissionais que foram atores desta avaliação e objeto principal das reflexões contidas neste estudo.

# PARTE I

---

---

Introdução

Referencial teórico

Metodologia geral

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil conta com uma rede hospitalar pública composta por 5.531 unidades, sendo que apenas 354 hospitais possuem mais de 200 leitos o que representam 6,4% do total geral. Esta rede hospitalar conta com 404.038 leitos realizando 11,8 milhões de internações por ano, das quais 21,0% são internações de alta complexidade (MENDES et al., 2006). Apesar da quase totalidade das unidades hospitalares realizarem internamentos de urgência (4.289 hospitais), a assistência de urgência de alta complexidade está concentrada em poucas unidades hospitalares, 190 com emergência de maior complexidade, situadas nas grandes cidades (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2008). Assim como, a velocidade das mudanças demográficas e epidemiológicas não são acompanhadas das mudanças na distribuição de leitos no Brasil, levando a uma insuficiência de leitos de retaguarda de clínica médica, cirurgia e especialidades, que desafogariam o sistema de urgência do país (MENDES; TAVARES, 2006).

Em Pernambuco a situação não é diferente. No momento da realização deste estudo existiam quatro unidades de emergência de alta complexidade, três localizadas na cidade do Recife, objetos deste estudo, e uma em Caruaru, além de outras unidades de urgência de alta complexidade especializadas em cardiologia, infectologia e pediatria. Portanto, uma grande concentração do atendimento de emergência de alta complexidade concentrada em poucas unidades e em apenas dois municípios.

Esta situação se torna ainda mais grave com o envelhecimento da população, o aumento da violência no país e no estado, e o conseqüente aumento de internamentos por causas externas e de caráter emergencial. Em função deste quadro epidemiológico e demográfico, da saturação da rede de urgência e por estas unidades de alta complexidade lidarem com situações limítrofes entre a vida e a morte, são estas emergências o palco dos principais conflitos entre trabalhadores e gestores, entre usuários e profissionais e gestores, e é aí onde acontecem as principais denúncias dos meios de comunicação sobre o mal funcionamento do sistema de saúde, suas insuficiências e a desumanização da assistência à saúde.

Portanto, estudar a assistência à saúde prestada nestas unidades de atendimento de emergência é um grande desafio, desafio que é ainda maior ao se propor estudar a qualidade da assistência aí prestada. Portanto, para elaboração do projeto tínhamos como pergunta norteadora: **Qual a avaliação da qualidade dos serviços de urgência/emergência quanto**

**ao trabalho dos profissionais e condições oferecidas pela unidade para garantia dos direitos das pessoas e adoção de uma postura acolhedora pelos serviços e profissionais envolvidos no atendimento de urgência e emergência?**

A partir daí a pesquisa foi desenvolvida no Observatório de Recursos Humanos do CPqAM/FIOCRUZ, financiada pelo Ministério da Saúde (MS), que teve como objeto de pesquisa a “Avaliação da qualidade do atendimento quanto à garantia dos direitos e acolhimento dos usuários, condições oferecidas e motivação dos profissionais, nas emergências do Recife”.

Esta tese de doutoramento que está inserida dentro desta pesquisa e tem como objetivo: **“A avaliação da qualidade do atendimento de urgência e emergência geral nas unidades de alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade do Recife nos anos de 2006 e 2007.”** Os objetivos específicos são:

- Identificar o perfil dos usuários atendidos e profissionais médicos e enfermeiros das emergências pesquisadas;
- Avaliar a satisfação dos usuários atendidos nas unidades de urgência;
- Investigar as motivações para o trabalho dos médicos e enfermeiros no atendimento aos usuários da urgência;
- Avaliar as condições de trabalho do hospital pelos médicos e enfermeiros;
- Observar os pontos críticos das unidades quanto aos tempos de espera e organização acolhedora das urgências;
- Avaliar a rotina do preenchimento dos prontuários pelos médicos e enfermeiros;
- Analisar a percepção dos diretores das unidades quanto à qualidade dos serviços prestados e a política de qualificação da atenção à saúde de urgência;
- Confrontar as várias avaliações dos usuários, profissionais, pesquisadores e diretores das unidades e realizar uma avaliação síntese da qualidade da atenção prestada no atendimento de urgência.

Como ao longo do texto trabalharemos com os termos emergência, urgência e pronto-atendimento é necessário estabelecer as definições. O Conselho Federal de Medicina (CFM) em resolução número 1451 de 1995 estabelece as definições para os conceitos de urgência e emergência a serem adotadas na linguagem médica no Brasil (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

“Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento em situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.”

“Parágrafo primeiro – Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata.”

“Parágrafo segundo – Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.”

Nas duas situações temos a necessidade do tratamento médico imediato, na ocorrência imprevista de agravo à saúde. A diferença entre urgência e emergência se dá pela constatação médica do risco iminente de vida ou sofrimento intenso. Ou seja, até este diagnóstico médico, são situações equivalentes que necessitam do tratamento médico imediato. Na classificação de risco (BRASIL, 2003; 2004) como veremos no segundo capítulo, a emergência corresponde ao nível vermelho (prioridade zero) e a urgência corresponde ao nível amarelo (prioridade, atendimento em até 15 minutos). O pronto atendimento abordado neste estudo, corresponde às situações não emergentes e não urgentes que na classificação de risco correspondem ao nível verde e azul de atendimento (situação não urgente e consultas médicas). Portanto, quando tratarmos de Unidade de Urgência, Unidade de Emergência e Unidade de Urgência e Emergência correspondem a unidades de alta complexidade para o atendimento em situação de urgência e/ou emergência.

Em Pernambuco e grande parte do Brasil as unidades de alta complexidade da assistência de urgência e emergência são denominadas e reconhecidas como Emergência e será assim utilizada neste texto, portanto trataremos de Emergência do Hospital da Restauração ou Emergência da Restauração. Quanto à assistência a urgência e emergência serão tratadas como unitermos.

Esta tese não tem como objetivo a avaliação da implantação de políticas de qualificação das unidades de urgência, mas tem como objeto a qualidade da assistência de urgência em si. Para tanto, foi necessário realizar uma revisão sobre a avaliação da qualidade em saúde, suas dimensões qualitativas e as políticas de qualidade desenvolvidas no país. Além das revisões teóricas específicas desenvolvidas em cada um dos capítulos das avaliações.

A avaliação da qualidade da assistência à saúde poderia ser realizada a partir de vários enfoques como: sua efetividade na resolução do problema de saúde, a eficiência no uso dos recursos públicos ou a qualidade técnico-científica da assistência prestada. Porém, este estudo



privilegia as características relacionais entre os agentes das ações – usuário versus profissional, profissional versus profissional e gestor versus profissional (SILVA, 2005).

Partimos do pressuposto que o componente da ação humana é determinante de todo processo do cuidado da saúde, seja ela a ação do profissional finalístico, seja a ação do usuário que busca o serviço ou a ação do gerente da unidade para garantir as condições adequadas. Para isto, este estudo além de definir as dimensões qualitativas a serem avaliadas que privilegiem a ação/relação humana, teve como preocupação ouvir os atores sociais envolvidos nesse processo – usuários, profissionais e gestores.

A complexidade do tema a ser estudado exigiu um grande esforço na elaboração do desenho metodológico que comportasse ouvir todos os atores envolvidos, inclusive os pesquisadores da avaliação, e fazer dialogar as várias avaliações. Este esforço exigiu também a ousadia de quem pesquisa, através de novas técnicas e métodos, de ser criativo em situações pouco normatizadas para realizar as análises e interpretações necessárias para apreensão do objeto estudado.

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **QualiSUS**: Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**/Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, DF, 2004, Série B. Textos Básicos de Saúde.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, (Brasil). **Resolução CFM nº 1.451/1995**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Seção 1, p.3666, 17 mar. Brasília, DF, 1995.

MENDES, A. C. G. et al. As doenças crônicas não transmissíveis e o acesso à assistência de alta complexidade: Uma análise através dos Sistemas de Informações Assistenciais. In: FREESE, E. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p. 105-120.

MENDES, A. C. G; TAVARES, R. A. W. A rede hospitalar brasileira e a transição demográfica: Novas exigências para a assistência hospitalar. **Revista do Ministério Público de Pernambuco**, Recife, v. 5, p. 37-46, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Caracterização da rede hospitalar do SUS com foco na atenção materna-neonatal e de urgência/emergência**. Brasília, DF, 2008.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 15-40.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO GERAL: Da avaliação da qualidade ao desenvolvimento de políticas de qualificação da assistência à saúde**

### **2.1 Avaliação em saúde e suas dimensões da qualidade**

A avaliação sistemática de políticas públicas surge com o desenvolvimento do planejamento como ferramenta de governo na primeira metade do século XX com o advento do socialismo e de uma sociedade planejada pelo Estado na antiga União Soviética. Após a segunda guerra mundial, o mundo capitalista, que tinha no mercado seu mecanismo de auto-regulamentação das relações da sociedade, a partir dos novos desafios e necessidades do Estado, passa a usar o planejamento como meio de alocação de recursos de forma mais eficaz. Para Contandriopoulos et al (1999), foi neste panorama que os economistas, pioneiros da avaliação, desenvolveram métodos de análise das vantagens e custos dos programas públicos.

Nos anos 50, nos países desenvolvidos, foi reconhecida a necessidade da realização de estudos que tivessem como objeto específico os serviços de saúde, tanto em sua perspectiva “interna” – conhecendo os processos de atenção neles desenvolvidos e seus efeitos sobre a saúde e a doença dos pacientes atendidos, como em sua perspectiva “externa” – conhecendo o seu desempenho e participação na conformação dos sistemas de saúde e seu impacto sobre a saúde da população (NOVAES, 2004). Mas, foi a partir dos anos 80, que as investigações e estudos não se limitaram mais apenas à análise dos custos das atividades no campo da saúde, passando a ter interesse também com o controle de qualidade e a satisfação dos usuários (SERAPIONI, 1999)

Após a fase de reconhecimento da necessidade dos estudos de avaliação, segundo Contandriopoulos et al (1999), a avaliação passa a ser “profissionalizada”, surgindo uma perspectiva interdisciplinar, com enfoque nos aspectos metodológicos.

César e Tanaka (1996) ao definirem avaliação, valorizam o processo e os resultados de forma comparativa para sua definição: avaliar é medir as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados obtidos, fazendo as comparações tanto com as condições e as tecnologias previstas, quanto com os resultados e metas a serem alcançados, para a emissão de um juízo de valor. A avaliação é constituída de etapas que podem ser agrupadas nas ações

de medir, comparar e emitir juízo de valor. Em resumo, a avaliação constitui uma etapa essencial do processo de planejamento e de administração do setor saúde, uma vez que possibilita a tomada de decisões da maneira mais racional possível em face dos problemas enfrentados pelos serviços de saúde.

Minayo et al (2005) valoriza o método. A autora entende avaliação como a elaboração, a negociação, a aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar e julgar o contexto, o mérito, o valor ou o estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e de organizações. Conceito bastante amplo que vai do planejamento da pesquisa, metodologia a ser aplicada até a utilização dos resultados.

Firme (2003) destaca quatro critérios de excelência como dimensões para que as avaliações tenham um significado mais nobre de contribuir com as transformações da sociedade: utilidade, uma avaliação não deverá jamais ser realizada se não o for para ser útil; viabilidade, considerando aspectos políticos, práticos e de custo-efetividade; ética, no respeito aos valores dos interessados; e precisão no que tange às dimensões técnicas do processo.

Hartz (1999) a partir de revisão na literatura internacional, num contexto político-decisório de estruturação governamental por programas e uma gestão por resultados apresenta as perspectivas teórico-metodológica da avaliação em saúde: a) a necessidade de um modelo teórico orientando o processo de avaliação; b) a exigência de pluralidade metodológica dada a contextualização das ações programáticas e a complexidade das medidas de resultados; e c) a obrigatoriedade de dispositivos institucionais que regulamentem os estudos de avaliação garantindo a qualidade e a utilidade do produto final.

Perspectiva também já desenvolvida por Matus (1987) em *Política, Planificación y Gobierno* onde trata da mediação entre a informação e a ação “o momento tático operacional é o momento central da mediação entre o conhecimento e a ação. As principais dificuldades com esta mediação são de comunicação e de tempo ou ritmo.” Para sua superação Matus propõe a estruturação do sistema de condução denominada de direção estratégica que tem cinco subsistemas: a) planejamento de conjuntura, dando suporte às decisões; b) gerência por operações; c) sistema de requerimento e prestação de contas por módulos do plano; d) designação de recursos por programas; e e) sala de situações, trata de emergências que criam riscos de perda de controle da situação.

A gerência por operações é um sistema de direção e administração por objetivos que pressupõe a estruturação de um sistema de informação que garanta um sistema de seguimento

e avaliação das operações distinguindo a eficiência produtiva, sua eficácia interna e sua eficácia direcional.

Um dos principais desafios da nova geração de pesquisas voltadas para a produção de impacto positivo sobre resultados da atenção à saúde populacional será ter capacidade de ultrapassar as descrições e o aprimoramento metodológico e contribuir para solução de problemas e melhoria da qualidade da assistência e da implementação efetiva de políticas intersetoriais (LOMAS, 2003).

O autor que mais contribuiu para o desenvolvimento da área da avaliação em saúde foi Avedis Donabedian que, através de seus oito livros e mais de cinquenta artigos, converteu os sistemas de saúde em um campo de investigação com ênfase no tema específico da qualidade da atenção à saúde. O autor em seu artigo fundamental (DONABEDIAN, 1966), introduziu os conceitos de estrutura processo e resultado que se constituem em paradigma dominante da avaliação da qualidade da atenção à saúde.

Por “estrutura” o autor se refere aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada. Por “processo”, refere às atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. E, por fim, o “resultado” é considerado o produto final da assistência prestada, considerando saúde, avaliação clínica e funcional, e satisfação de padrões e de expectativas.

Donabedian (2003) afirma que qualidade é o produto de dois fatores. Um é a ciência e tecnologia da atenção à saúde, e outro é a aplicação desta ciência e tecnologia na prática. A qualidade alcançada na prática é o produto destes dois fatores. Este produto será caracterizado através de alguns atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimação e equidade.

Outros autores vêm agregando às variáveis básicas (estrutura, processo e resultado) outras características, como as apresentadas por Malik (1996): técnicas, interpessoais e voltadas a “amenidades”, que na sua interpretação são “adjetivas” ao modelo de Donabedian: Da ótica **interpessoal**, estrutura envolve impacto das novas tecnologias sobre os papéis dos profissionais e o aparecimento de novas profissões na área. O processo, nesse caso, envolve relações de comunicação e formas de relacionamento dos profissionais e das organizações com os pacientes e suas famílias. Resultados são aferíveis por meio da satisfação dos pacientes e das famílias, dos encaminhamentos recebidos, do cumprimento das prescrições e dos retornos em novos episódios de doença e da obtenção de recursos.

Finalmente, no prisma da disponibilidade de “**amenidades**” na estrutura estão: limpeza, facilidade de acesso e de estacionamento. Em processo busca-se eficiência no fluxo de pacientes e curtos períodos de espera, enquanto que os resultados são, mais uma vez, satisfação dos pacientes e seus familiares, encaminhamentos recebidos e obtenção de recursos.

Nas últimas décadas, diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva no Brasil. Desde a realização de pesquisas acadêmicas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados (FELISBERTO; SAMICO, 2006). Porém, estas avaliações não focaram nas mudanças necessárias do sistema de saúde determinadas por um novo perfil epidemiológico que leva ao estrangulamento do sistema de urgência do país (MENDES; TAVARES, 2006).

Franco e Campos (1998), também relatam que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação antiga e que atualmente verifica-se uma vigorosa retomada a este tema, considerando a avaliação um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde. Para Almeida (2001), a avaliação da qualidade dos serviços passa a ter relevância principalmente diante das exigências de organismos internacionais e da reforma na administração pública brasileira com a reforma do Estado.

Esta preocupação com a reforma do Estado e o uso da avaliação como instrumento para “racionalizar” os gastos públicos, característicos das décadas de oitenta e noventa do século passado, também está presente em Serapioni (1999), que ao relatar o aumento do interesse pela qualidade dos serviços de saúde nos últimos anos diz que o mesmo é decorrente de alguns fatores: da crise fiscal do estado social e da necessidade de reduzir despesas públicas que estimularam, sem dúvida, um maior interesse pela busca de modalidades mais eficientes e eficazes para o uso dos recursos; da necessidade de reduzir as queixas e os procedimentos judiciais encaminhados pelos pacientes insatisfeitos, que também contribuiu para o crescimento da atenção a respeito da satisfação do usuário; e finalmente a exigência de recuperar a unidade do paciente – depois da divisão mente-corpo, produzida pelo grande avanço da medicina especialista e técnico-científica – tem contribuído igualmente para o reconhecimento do ponto de vista dos usuários.

Deslandes (1997), afirma que a avaliação de serviços é uma área consolidada em suas várias linhas de abordagem. Além do que, já existe o reconhecimento e ampla divulgação da utilização de indicadores de avaliação em saúde (acesso, utilização, cobertura, eficiência,

satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados, entre outros). A autora complementa referindo que ao longo dos últimos anos, a avaliação de serviços de saúde deixou de ser um processo exclusivamente técnico, um método que, dispondo de um conjunto de procedimentos e indicadores poderiam medir com precisão a efetividade de um determinado serviço de saúde.

Em revisão do consenso na literatura realizado por Silva (2005), sobre a seleção das características ou atributos das práticas, serviços, programas, estabelecimentos ou sistema de saúde, a serem avaliados, a autora agrupa-os de acordo com as seguintes características:

- Relacionados com a possibilidade e distribuição social dos recursos – cobertura, acessibilidade e equidade;
- Relacionado com o efeito das ações – eficácia, efetividade e impacto;
- Relacionados com os custos e produtividade das ações – eficiência;
- Relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente – qualidade técnico-científica;
- Relacionados com a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde – direcionalidade e consistência (análise estratégica);
- Relacionados com o processo de implantação das ações – avaliação do grau de implantação e/ou avaliação de processo, análise de implantação (estudos que investigam as relações entre o grau de implantação, o contexto e os efeitos das ações);
- Características relacionais entre os agentes das ações – usuário x profissional (percepção dos usuários sobre práticas, satisfação dos usuários, aceitabilidade, acolhimento, respeito à privacidade e outros direitos dos cidadãos), profissional x profissional (relações de trabalho e no trabalho) e gestor x profissional (relações sindicais e de gestão).

Ao analisar os âmbitos das avaliações de desempenho de serviços de saúde Azevedo (1991) enfatiza que a avaliação de resultados seja mais atraente do ponto de vista científico por representar o último passo na cadeia ontológica da produção de qualidade. Ao cientista da saúde como ainda ao formulador de políticas no setor atraem muito mais os resultados. Um dos aspectos considerados na avaliação dos resultados da ação de saúde tem sido a satisfação da clientela.

Desde a década de 1950, nos países desenvolvidos, foi reconhecida a necessidade da realização de estudos que tivessem como objeto específico os serviços de saúde, tanto na perspectiva “interna” – conhecer os processos de atenção neles desenvolvidos e seus efeitos

sobre a saúde e a doença dos pacientes atendidos, como numa perspectiva “externa” – conhecer o seu desempenho e participação na conformação dos sistemas de saúde e seu impacto sobre a saúde da população (NOVAES, 2004).

Travassos e Martins (2004) definem o processo de utilização dos serviços de saúde como a resultante da interação de comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes.

As características individuais dos prestadores, dos profissionais e dos usuários são apontadas por Dutton (1986) como fatores que induzem a demanda a serviços de saúde, sendo, portanto, produto da interação entre clientes, prestadores de cuidados de saúde e sistema de saúde.

São características do paciente os fatores individuais:

Fatores predisponentes – fatores que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde;

Fatores capacitantes – os meios disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde; e necessidades de saúde – condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde.

As características dos médicos são: demográficas; formação; experiência e atitudes.

As características do sistema de saúde são os obstáculos estruturais: financeiros; temporais (tempo de espera e distância); organizacionais e aqueles ligados à prática médica (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

Novaes (2004) partindo da premissa de que é nos serviços de saúde que acontecem a quase totalidade das ações de saúde, identifica que os serviços de saúde são, com alguma frequência, inadequadamente reconhecidos pelo seu papel específico nos estudos sobre os fatores de risco associados à morbi-mortalidade de indivíduos e populações, ou de eficácia e efetividade de intervenções em pacientes, nas pesquisas desenvolvidas pela clínica e pela epidemiologia. Isto é, não são identificados os efeitos das características dos serviços sobre os pacientes, as quais interferem nas práticas tecnológicas individuais ao serem organizações que articulam de forma complexa dimensões tecnológicas com aquelas gerenciais, políticas, econômicas e culturais.

Outro aspecto relevante dos serviços de saúde que devemos ter em mente é sua contribuição para a efetiva mudança de práticas. Azevedo (1991) observa que os intensos



progressos no campo da avaliação de serviços de saúde em geral e do desempenho hospitalar em particular, apresentam correlações que não somente são sequenciais com o estilo de prática de serviços, mas mostram um padrão interativo de comportamento, ou seja, à medida que se implantam os procedimentos de avaliação, a prática já assume um estilo compatível com os mesmos, como é o caso da introdução maciça, em anos recentes, dos protocolos diagnóstico-terapêuticos na área do câncer.

Donabedian (1990) introduz a discussão sobre a adequação dos cuidados em relação aos desejos, expectativas e valores das pessoas e suas famílias, denominando de aceitabilidade. Nesse sentido, aceitabilidade tem um conceito que engloba categorias como acesso, respeito aos direitos dos pacientes, aspectos ligados ao conforto, informação sobre alternativas de tratamento e o valor a ser desembolsado em relação aos benefícios que serão obtidos. Nesta perspectiva, já estaria embutida nas outras dimensões.

Outra dimensão que permite uma grande diversidade de conceituação é o acesso, permitindo interpretações simples de acesso como a disponibilidade dos serviços, até interpretações que levam em conta o resultado efetivo da ação de saúde, a satisfação dos usuários e a forma acolhedora como os serviços se organizam e a postura dos profissionais frente aos usuários como sujeitos da ação da saúde.

Ao conceituar acesso, Donabedian (1973) prefere utilizar o termo acessibilidade e o define como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população, portanto, na sua conceituação vai além da disponibilidade dos serviços e traz outro elemento para sua avaliação que é a capacidade de responder às necessidades.

ANDERSEN (1995) trabalha o conceito de acesso de uma forma ampla definindo-o na forma dos resultados sobre a saúde e subjetivamente ao incluir a satisfação do usuário. Define acesso efetivo como o uso de serviços que resulta na melhora das condições de saúde ou satisfação das pessoas com os serviços e acesso eficiente como o grau de mudança da saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos.

Penchansky e Thomas (1981) ampliam o conceito de Donabedian definindo acesso como uma relação entre os serviços e os indivíduos. Definem como dimensões que compõem o conceito de acesso: disponibilidade (volume e tipo); acessibilidade (relação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes); acolhimento (relação entre a forma como os serviços se organizam para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização); capacidade de compra (formas de financiamento dos serviços e a

possibilidade das pessoas pagarem o serviço); e aceitabilidade (atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um).

Na perspectiva de desenvolver uma metodologia de avaliação para o desempenho do sistema de saúde brasileiro, a partir de uma rede de pesquisadores de instituições brasileiras de pesquisa em saúde, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), foi criado o Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro - PRO-ADESS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003).

O PRO-ADESS revendo os modelos de avaliação internacional, principalmente do Reino Unido, Canadá e Austrália, chega a um consenso de que a experiência internacional voltada para melhoria do desempenho dos sistemas de saúde baseia-se na construção de um quadro de referência composto por elementos que, em linhas gerais, capturam: o estado de saúde, os determinantes não médicos da saúde, o desempenho do sistema de saúde e as características gerais do sistema de saúde e dos recursos da comunidade.

Para o desempenho dos serviços de saúde o PRO-ADESS define que os elementos a serem mensurados devem estar em concordância com os objetivos do sistema de saúde e, a partir de uma revisão da literatura, propõe como dimensões para esta avaliação:

- Efetividade: Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados;
- Acesso: Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo;
- Eficiência: Relação entre produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados;
- Respeito aos direitos das pessoas: capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade e estejam orientados às pessoas;
- Aceitabilidade: grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população;
- Continuidade: Capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção;
- Adequação: Grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente;
- Segurança: Capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

Uma dimensão que terá grande relevância nesta pesquisa é o respeito aos direitos das pessoas que o PRO-ADESS define as seguintes categorias de análise:

- Confidencialidade das informações – Refere-se à salvaguarda das informações prestadas pelos indivíduos e aquelas referentes ao seu estado de saúde;
- Privacidade no atendimento – refere-se à condução do atendimento em condições que protejam a privacidade e não exponham a pessoa a situações constrangedoras;
- Direito à informação – refere-se ao direito do indivíduo de obter informações esclarecedoras sobre as decisões médicas a respeito do seu tratamento bem como ter acesso ao prontuário que contenha informações a respeito do seu estado de saúde e tratamento;
- Conforto – refere-se aos aspectos de infra-estrutura do ambiente no qual o cuidado é provido, podendo incluir: ambiente limpo, móveis adequados, alimento saudável e comestível, ventilação suficiente, água potável, banheiros limpos, roupas limpas, procedimentos regulares de limpeza e manutenção do prédio;
- Autonomia – refere-se à liberdade, decisão entre tratamento alternativo, testes e opções de cuidados, incluindo a decisão de recusar tratamento, se o indivíduo estiver em perfeita condição mental;
- Dignidade e cortesia – envolve o direito do indivíduo de ser tratado como pessoa mais do que meramente como paciente;
- Respeito aos valores das pessoas – refere-se à noção de que indivíduos têm diferentes desejos, necessidades e preferências.

Malik (1996) analisando as dimensões da qualidade para avaliação em saúde enfatiza a importância da avaliação da imagem pública do serviço de saúde: Qualquer leitor habitual de jornais e revistas, técnicas ou leigas, pode citar uma série de serviços ‘bons’ e ‘ruins’, sem conhecê-los. Assim toma corpo o papel da imagem pública, obtida tanto por intermédio da imprensa falada e escrita quanto dos seus usuários ou dos seus trabalhadores. Embora não técnica, essa também é uma avaliação válida, com conseqüências para vida organizacional, que podem levar a estereótipos difíceis de serem mudados.

Esta “imagem pública dos serviços de saúde” deve estar presente nas duas grandes avaliações do sistema de saúde brasileiro realizadas recentemente. A primeira pesquisa faz uma avaliação do Sistema Único de Saúde na ótica da população. A segunda pesquisa avalia todo o sistema de saúde incluindo aí os usuários do SUS, de seguros públicos de saúde e seguros privados de saúde.

A primeira avaliação é a pesquisa nacional “**A Saúde na Opinião dos Brasileiros**” e teve como objetivo obter um quadro nacional sobre o grau de conhecimento, opiniões, avaliações e grau de satisfação do atendimento prestado à saúde, pela população, usuária ou não do Sistema Único de Saúde. Foi encomendada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em parceria com o Ministério da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003), onde foi realizado um diagnóstico, bastante rico e esclarecedor, da percepção que a população tem do SUS. Nesta pesquisa 96% dos entrevistados ou algum de seus familiares fizeram uso do SUS nos últimos dois anos.

Alguns resultados da pesquisa sobre a qualidade da atenção à saúde prestada pelo SUS são esclarecedores sobre a avaliação da população:

- Os principais problemas que o governo deveria resolver na área da saúde seriam a falta de médico e enfermeiro (19,4%), a falta de medicamento (9,5%) e a demora no atendimento (8,3%).
- Os três principais problemas que os brasileiros enfrentam no SUS são as filas de espera: fila de espera para obter consultas com 41,3%, fila de espera para exames (14,4%) e fila de espera para internações (7,5%).
- As principais formas de utilização do serviço público são para realização de consulta médica (75,9%), Vacinação (71,2%) e exames laboratoriais (67,0%).
- Os principais tipos de serviços utilizados são a atenção básica (97,4%), atenção de média complexidade (80,8%) e pronto-atendimento (41,7%).
- Na avaliação positiva das atividades do sistema de saúde as ações preventivas obtiveram 61% dos entrevistados, enquanto 35% avaliaram positivamente as atividades assistenciais.
- Na avaliação geral do SUS entre usuários e não usuários existem diferenças significativas:
  - Para 45,2% dos usuários exclusivos, o SUS funciona bem/muito bem;
  - Para 41,6% dos usuários não exclusivos, o SUS funciona bem/muito bem e
  - Para 30,3% dos não usuários, o SUS funciona bem/muito bem.
- As principais fontes de insatisfação são: a demora do SUS em resolver problemas de saúde, tempo de espera para ser atendido pelo médico e pela equipe de enfermagem e a avaliação ruim dos serviços de recepção.

- As principais fontes de satisfação da população são: facilidade de encontrar a unidade de saúde e o atendimento prestado pela equipe médica e de enfermagem não só na resolução do problema como no atendimento educado, gentil e de boa vontade.
- A pesquisa ao investigar o acesso da população à média e alta complexidade evidencia que para população que precisou de:

Consultas especializadas – 56,6% obtiveram pelo SUS e 20,7 pelos planos ou convênios de saúde;

Exames laboratoriais – 63,4% foram pelo SUS, 14,9% pelos planos ou convênios de saúde e 13% particulares;

Radiologia e ultrassonografia – foram realizadas 57,0% pelo SUS, 18,2% pelos planos ou convênios, 16,5% particulares e 3,1% particulares e SUS;

Internações – 69,7% foram realizadas pelo SUS, 14,6 % pelos planos ou convênios, 8,3% particulares e 2,9% particulares e planos;

Cirurgias – 57,8% realizaram pelo SUS, 21,4% pelos planos ou convênios de saúde, 13,6% particulares e 3,4% particulares e planos de saúde;

Atendimento em serviços de alta complexidade – 60,9% são realizados pelo SUS, 19,8% pelos planos ou convênios de saúde e 9,3% particulares.

- 56,9% dos entrevistados ou algum familiar estava fazendo uso de algum medicamento, sendo os mais freqüentes os medicamentos para pressão (24,9%), para febre ou dor (17,3%) e calmante/antidepressivo/remédio para dormir (12,6%). Apresentando na época um gasto médio de R\$ 91,68 por domicílio.

Os resultados demonstram que a maior insatisfação com o Sistema de Saúde é de quem não é usuário do SUS (69,7%). Para os usuários do SUS o nível de insatisfação é de 54,8%. Os maiores pontos de insatisfação são o tempo de espera e a recepção ao usuário. A maior dificuldade de acesso dos usuários do SUS se localiza na realização de consultas especializadas, exames radiológicos e de ultrassonografia, e de cirurgias em geral.

A segunda foi a **Pesquisa Mundial de Saúde** coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e realizada no Brasil pela Fundação Oswaldo Cruz em todo território nacional (SZWARCOWALD et al., 2004), alguns dos seus resultados preliminares são esclarecedores da avaliação da população em relação ao desempenho do sistema de saúde:

- O brasileiro, em média, consome 18,7% de seu orçamento doméstico com saúde.
- Precisaram de assistência à saúde no último ano 67,3% dos usuários do SUS e 81,3% dos segurados a planos de saúde.

- 59,7% dos usuários que precisaram de atendimento ambulatorial conseguiram através do SUS, 21,3% através do plano e 19,0% por pagamento direto.
- A insatisfação no atendimento ambulatorial acontece em 19,2% pela indisponibilidade de medicamentos, 8,7% com os equipamentos e 7,2% com as habilidades dos profissionais de saúde.
- Entre os que têm uma boa avaliação do atendimento ambulatorial realizado pelo SUS os aspectos melhor avaliados são: intimidade respeitada, tratamento respeitoso, limpeza das instalações e clareza das explicações.
- Os aspectos pior avaliados são: tempo de espera e a falta de liberdade de escolha do profissional.
- O índice médio de avaliação do atendimento ambulatorial (escala 1 a 100) foi de 70 no SUS e 89 no plano de saúde.
- Nos últimos cinco anos 71,9% das internações aconteceram através do SUS, 22,5% através do plano de saúde e 6,5% foram por pagamento direto.
- Entre os fatores avaliados negativamente na internação estão a falta de liberdade de escolha do profissional, a falta de contato com o mundo exterior, o tempo gasto com deslocamento e o tempo de espera até ser atendido.
- Entre os que avaliaram positivamente os aspectos mais ressaltados são: intimidade respeitada, tratamento respeitoso, sigilo sobre informações pessoais e limpeza das instalações.
- O índice médio de avaliação da internação foi de 68 no SUS, 88 no plano de saúde e 81 no particular.
- O grau de insatisfação com o funcionamento da assistência à saúde é de 72,6% para o usuário do plano de saúde, 61,3% para o do plano de servidor público e 51,3% com o usuário do SUS.

Estas duas avaliações trazem como pontos críticos do sistema de saúde as filas; os tempos de espera para internação, para consulta, e realização de exames; a recepção ao usuário; a falta de médicos e o acesso aos medicamentos. Entre os aspectos positivos as duas pesquisas têm em comum o atendimento prestado pela equipe médica e de enfermagem não só na resolução do problema como no atendimento educado, gentil, de boa vontade, clareza das explicações e a intimidade respeitada.

As avaliações da assistência de urgência e emergência que fazem uma abordagem geral são poucas, como por exemplo, a avaliação da satisfação dos usuários realizada por Gea

et al (2001) e o estudo antropológico de Deslandes (2002) que analisa a interferência cotidiana da violência na dinâmica organizacional dos serviços de saúde, nas representações e práticas dos seus agentes.

A maioria das avaliações são muito mais voltadas a aspectos da assistência de urgência como: a pertinência da procura ao serviço de urgência (SEMPERE et al., 1999; DORNAS JÚNIOR; FERREIRA, 2003; SIMONS, 2008), a relação médico paciente e trabalho dos profissionais (FERNANDEZ; SANCHEZ; LINARES, 2003; O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008), a implantação de políticas para a urgência e emergência (GUSMÃO-FILHO, 2008; BITENCOURT; HORTALE, 2007; O'DWYER; OLIVERIA; SETA, 2006; DESLANDES; MINAYO; LIMA, 2008), o estresse e transtornos mentais em unidades de emergência (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2005; PINHO; ARAÚJO, 2007), a mensuração dos tempos de espera (BANERJEA; CARTER, 2006; JACOBS; MATOS, 2005) e a adequação do atendimento de urgência e emergência de acordo com a gravidade (RODRIGUEZ; SÁNCHEZ; RODRIGUEZ, 2001; SIERRA, 2007). Portanto, a investigação da avaliação da qualidade da atenção de urgência e emergência tem um amplo espaço de discussão, com insuficiências metodológicas e conceituais a serem superadas, assim como, a discussão de resultados alcançados através de relato de casos.

## **2.2 Políticas nacionais de qualificação da atenção à saúde**

As políticas nacionais de melhoria da qualidade da assistência à saúde, aqui abordadas, serão aquelas de amplitude geral da assistência à saúde e particularmente em relação à assistência de urgência. Estas políticas referem-se a empreendimentos públicos (Ministério da Saúde) e privados que repercutem em todo Sistema de Saúde e que se encontravam em implantação no momento da realização deste estudo: Política de Qualificação da Saúde Suplementar, Política Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, Política Nacional de Atenção à Urgência - PNAU, Política de Qualificação de Atenção à Saúde – QualiSUS e Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. A abordagem destas políticas de saúde tem como finalidade perceber os esforços recentes para qualificação da atenção à saúde e suas contribuições para definição dos conceitos de qualificação. Entre estas políticas as mais específicas em relação à qualificação da assistência de urgência e emergência (PNAU, QualiSUS e HumanizaSUS), políticas de qualificação voltadas aos serviços públicos de saúde,

serão referências teóricas para elaboração das avaliações e nas análises a serem realizadas por este estudo.

### 2.2.1 Programa de Qualificação da Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) criada em janeiro de 2.000 (BRASIL, 2000), tem como objeto de sua regulação 2.091 operadoras cadastradas com 42.064.714 beneficiários (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2005). A ANS instituiu o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar em dezembro de 2004, que tem como objetivo o monitoramento do desempenho de cada uma das operadoras que comercializam planos de saúde, a divulgação e publicação periódica dos resultados para o mercado e sociedade em geral, tornando mais transparente o processo de prestação de serviços, bem como estimulando a melhoria da qualidade e do desempenho na saúde suplementar (BRASIL, 2005<sup>a</sup>). A proposta de avaliação da qualidade da saúde suplementar tem como princípios norteadores:

- Avaliação do impacto das ações de saúde na população beneficiária;
- A perspectiva do sistema;
- A avaliação de maneira sistemática e progressiva, com explicação dos critérios utilizados para construção dos indicadores.

Para isso apresenta como prioridade de intervenção o desenvolvimento da Qualificação da Saúde Suplementar que se desdobra em dois componentes:

#### 1) Avaliação da qualidade das operadoras

- Avaliação da qualidade da atenção à saúde.
- Avaliação da qualidade econômica-financeira.
- Avaliação da qualidade da estrutura e operação.
- Avaliação da satisfação dos beneficiários.

#### 2) Avaliação da qualidade institucional.

As dimensões são avaliadas através do estabelecimento de indicadores que devem guardar as características de sensibilidade, objetividade e confiabilidade para divulgação dos resultados. Estes indicadores compõem o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS – a qualidade das operadoras de planos de saúde.



## 2.2.2 Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar

Em 1951 nos Estados Unidos foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) que logo, que criou oficialmente o programa de Acreditação a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Esta era uma empresa de natureza privada, que na ocasião procurou introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a qualidade em nível nacional (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A Acreditação é definida por Novaes e Paganini (1994) como o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos (definindo o piso ou base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação como complementam.

A história da acreditação no Brasil teve início no final dos anos 80 do século passado, quando a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) estabeleceu uma série de parâmetros para os serviços hospitalares da América Latina, que se atingidos, dariam ao hospital a condição de “acreditado”. Em 1997, o Ministério da Saúde organiza a comissão nacional de especialistas para desenvolver o modelo brasileiro de acreditação, e em 1998 é publicada a primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

Em 1995, a portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho criou o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, com o objetivo do aprimoramento da assistência hospitalar à população e a melhoria na gestão das instituições hospitalares. Este programa é composto pelo Processo de Acreditação, que é um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, e principalmente de educação permanente dos seus profissionais (BRASIL, 2002a).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi criada em 1999, como uma entidade não governamental e sem fins lucrativos, que tem a atribuição de coordenar o sistema de acreditação. A esta organização estão credenciadas as Instituições Acreditadoras Credenciadas (IAC's) que são organizações de direito privado, com ou sem fins lucrativos, com a responsabilidade de proceder à avaliação e a certificação da qualidade dos serviços, dentro das normas técnicas previstas e com atuação em nível nacional. As IAC's, como são chamadas, podem também realizar atividades de capacitação e treinamento, bem como de diagnóstico organizacional e se responsabilizam por avaliar e certificar os hospitais

(AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004; e ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2007). A ONA foi reconhecida como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar em 2001 com a portaria GM/MS nº 538 de 17 de abril (BRASIL, 2002a).

Para ser acreditado, o hospital é avaliado pelas IAC's, sendo este um processo voluntário de adesão. Após o diagnóstico preliminar, o hospital deve atender aos padrões de qualidade definidos para cada área de trabalho, agrupados em três níveis, que são publicados em manuais elaborados em parceria pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a ONA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

Os padrões de qualidade são definidos em três níveis de complexidade crescente, que procuram avaliar estrutura, processo e resultado dentro de um único serviço, setor ou unidade.

- Nível 1 - Segurança (estrutura): pressupõe atendimento aos requisitos básicos de qualidade na assistência prestada ao cliente, com recursos humanos em quantidade e qualificação compatíveis com a complexidade do serviço;
- Nível 2 - Organização (processo): verifica a organização da assistência, conferindo documentação, treinamento dos trabalhadores, rotinas, uso de indicadores para tomada de decisão e prática de auditoria interna;
- Nível 3 - Práticas de Gestão e Qualidade (resultados): avalia a existência de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologia, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários (BRASIL, 2002a e AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

O Instrumento de Avaliação é composto de sete seções, e estas apresentam subseções que tratam do escopo específico de cada serviço. As sete seções são: liderança e administração; serviços profissionais e organização de assistência; serviço de atenção ao paciente/cliente; serviços de apoio ao diagnóstico; serviços de apoio técnico e de abastecimento; serviços de apoio administrativo e infra-estrutura; e ensino e pesquisa.

Para Malik e Schiesari (1998), o processo de acreditação corresponde a um sistema de avaliação externa, partindo da premissa de que os serviços de saúde devem ser locais seguros tanto para o exercício profissional quanto para a obtenção de cura ou melhoria das condições de saúde.

Apesar de ser o principal instrumento de avaliação da qualidade nos EUA, ter o apoio da ANVISA para sua implantação no país a partir de 1999, é um sistema de avaliação que pouco se desenvolveu na rede privada de saúde e menos ainda na rede pública. Até 2007 eram apenas 105 serviços e hospitais acreditados. Esta avaliação de qualidade dos serviços de saúde

por acreditação não é concorrente da Política de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS), a acreditação é voltada para avaliação de serviços de saúde, por instituição privada e externa ao serviço avaliado e a seu gestor, a PQSS avalia a qualidade dos seguros de saúde (prestadoras), é realizada por um órgão público (ANS) e faz parte das ações reguladoras do Sistema de Saúde, portanto, poderiam ser complementares, fazendo parte uma política geral de qualificação da assistência à saúde.

### 2.2.3 Política Nacional de Atenção às Urgências

Em 2003 foi implantada, no Brasil, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde ((BRASIL, 2006)). A Atenção às Urgências proposta nesta política, enfatiza em primeira instância a humanização a que todo cidadão tem direito, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família, até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

As diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) são explicitadas em sete portarias:

<b>Portarias que compõem a Política Nacional de Atenção às Urgências</b>	
<b>Portarias</b>	<b>Finalidades</b>
GM nº 2.048, de 5/10/02	Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002b).
GM nº 1.863, de 29/09/03	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003a).
GM nº 1.864, de 29/09/03	Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192 (BRASIL, 2003 b).
GM nº 2.072, de 30/10/03	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003c).
GM nº 1.828, de 2/09/04	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional (BRASIL, 2004a).
GM nº 2.420, de 9/11/04	Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita (BRASIL, 2004b).
GM nº 2.657, de 16/12/04	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192 (BRASIL, 2004c).

**Quadro 1 – Portarias que compõem a Política Nacional de Atenção às Urgências**

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência, segundo a portaria GM nº 2.048 de 5 (cinco) de novembro de 2002, é composto de Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e Núcleos de Educação em Urgências. Cada Município, de acordo com seu tipo de gestão, deverá se responsabilizar por determinado nível de atenção.

As Centrais de Regulação estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, desempenham a função de elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, através da organização da relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, de onde são advindos os pedidos de socorro, que serão avaliados e hierarquizados.

Para um melhor entendimento, serão descritos abaixo quais os tipos de assistência de urgência e emergência e suas principais atribuições e subdivisões.

### **Atendimento pré-hospitalar fixo**

Este é o tipo de assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa

levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado.

Este atendimento é prestado por:

- Programa Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde – realiza atendimentos de quadros agudos ou crônicos agudizados de baixa gravidade/complexidade, na sua área de cobertura.
- Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências – são unidades de complexidade intermediária, que devem funcionar 24hs por dia, realizando atendimento referente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

### **Atendimento pré-hospitalar móvel**

É considerado atendimento pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, de natureza variada, que possa levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde.

Este tipo de atendimento pode ser dividido em: atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão; ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação é realizada a partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel é entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, que tem por objetivo regular a porta hospitalar de urgência. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema local e regional.

### **Atendimento hospitalar às urgências e emergências**

Esta portaria (GM n 2.048 de 5 de novembro de 2002) apresenta uma nova nomenclatura e classificação para a área de assistência hospitalar de urgência e emergência, a

partir dos pressupostos de regionalização propostos pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 (BRASIL, 2002c).

Desta forma, as Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência estão classificadas em Unidades Gerais e Unidades de Referência, com as seguintes subdivisões:

a) Unidades gerais:

- Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, que são as unidades instaladas em hospitais gerais de pequeno porte, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

- Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II, que são as unidades instaladas em hospitais gerais de médio porte, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar de média complexidade (M2).

b) Unidades de referência:

Estes tipos de unidades são aquelas instaladas em hospitais gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente a M3 e a alta complexidade, de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial.

- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, são aquelas instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumato-ortopedia ou cardiologia.

- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II, são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica.

- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III, são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica. Estes hospitais devem, ainda, desempenhar atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências.

### c) Transporte inter-hospitalar

Este transporte refere-se à transferência de pacientes entre unidades não-hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado.

### d) Núcleos de educação em urgência

Os Núcleos de Educação em Urgências surgem para se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho diretivo e coordenado pelo gestor público do SUS. Apesar da importância destes núcleos para a consolidação da Política Nacional de Urgência, observa-se que até o momento eles não foram implementados.

A portaria GM nº 1.863 de 29 de setembro de 2003 que Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, acrescenta aos seus componentes o atendimento pós-hospitalar e a humanização no atendimento de urgência, quando define no artigo 3º que a Política Nacional de Atenção às Urgências, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

1. Adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações trans-setoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

2. Organização de redes locais e regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes:

- 2.a Componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipe de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências;

- 2.b Componente Pré-Hospitalar Móvel: Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), sob regulação médica de urgências;

- 2.c Componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III;

- 2.d Componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária;

3. Instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;
4. Capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção;
5. Orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

A compreensão da reestruturação da Política Nacional de Atenção à Urgência é fundamental pelo grande esforço de regulamentação da política e pelos grandes avanços obtidos na implantação do componente pré-hospitalar móvel e do complexo regulatório da porta das urgências e emergências. Como esta estruturação da PNAU aconteceu no mesmo período de elaboração das políticas de qualificação do SUS, QualiSUS e HumanizaSUS, suas bases conceituais estão bastante sintonizadas com as políticas de qualificação, como a questão do acolhimento, da humanização, do acesso e da organização do sistema de urgência de acordo com o grau de risco, que serão apresentadas posteriormente.

#### 2.2.4 Política de Qualificação da Atenção à Saúde – QualiSUS

A Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde – QualiSUS foi criada com o objetivo de elevar o nível de qualidade da assistência à saúde prestada à população pelo Sistema Único de Saúde, levando a uma maior satisfação do usuário com o sistema e legitimação da política de saúde desenvolvida no Brasil (BRASIL, 2003d).

Segundo a proposta do QualiSUS, a melhoria da qualidade deve perseguir a garantia da equidade e integralidade do sistema de saúde, ou seja, no acesso da população a todos os níveis da assistência de acordo com a necessidade de cada cidadão e na mudança das práticas de saúde quebrando com antigas dicotomias entre ações preventivas e curativas. Mais do que isso, a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada ao cidadão requer além da melhoria da dimensão técnica, a melhoria da dimensão interpessoal. A melhoria da qualidade se consubstanciará num conjunto de propostas de mudanças concretas de técnicas e práticas, mas também numa mudança de atitude, tendo como focalização de todos estes esforços os usuários do sistema de saúde, os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2003d).

O QualiSUS tem como dimensões da qualidade da atenção à saúde:

- Resolutividade, eficácia e efetividade da assistência à saúde;



- Redução dos riscos à saúde;
- Humanização das relações entre profissionais, e entre profissionais e o sistema de saúde com os usuários;
- Presteza na atenção e conforto no atendimento ao cidadão;
- Motivação dos profissionais de saúde;
- Controle social pela população na atenção e na organização do sistema de saúde do país.

As linhas de ações do QualiSUS estão voltadas para:

- Qualificação do Sistema de Urgência.
- Acesso e Qualificação da Assistência de Média Complexidade.
- Qualificação da Atenção Básica.
- Qualificação da Gestão e Regulação do Sistema de Saúde.

A Qualificação dos Serviços de Urgência em 2004 tornou-se a prioridade do QualiSUS, tendo como argumento que o atendimento de urgência nas grandes cidades é um dos pontos mais vulneráveis nos serviços de saúde, porque apesar de lidar com situações vitais, as unidades em sua grande maioria não estão devidamente organizadas para este tipo de atendimento (BRASIL, 2005b).

Os grandes hospitais de urgência são um ponto de confluência da população que é usuária direta ou indiretamente destas unidades e que, portanto, ações de qualificação ali desenvolvidas repercutirão fortemente no conjunto da população. Não há exagero em afirmar que a Porta Hospitalar de Urgência representa a maior fragilidade assistencial, no âmbito hospitalar, do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005b).

Como propostas reestruturadoras do atendimento de urgência o QualiSUS (BRASIL, 2003d) apresenta:

- Priorização da porta hospitalar de urgência para internação no hospital;
- Implantação do acolhimento ao usuário;
- Respeito aos direitos dos usuários;
- Divisão das áreas da atenção da urgência e emergência de acordo com a classificação de risco do paciente;
- Melhoria da resolução diagnóstica e terapêutica;
- Responsabilização e garantia da continuidade do cuidado.

Quanto ao processo de implantação da qualificação, o QualiSUS tem como recomendações reestruturadoras:

### **Acolhimento, ambiência e direitos dos usuários**

- Implantar sistemática de acolhimento com avaliação de risco;
- Organizar espaços de espera múltiplos por complexidade e confortáveis: cadeiras, limpeza, bebedouros, iluminação, informação, comunicação visual, climatização etc;
- Capacitar equipe do acolhimento em processos relacionais, interativos e política de cidadania;
- Garantir o direito da presença do acompanhante nas consultas e na área de observação/retaguarda;
- Garantir alimentação adequada para os usuários que estão em observação e internados;
- Estabelecer visitas abertas com horários agendados com os cuidadores;
- Aplicar o Estatuto do Idoso e da Criança e Adolescente;
- Criar Grupo de Humanização com plano de trabalho definido.

### **Resolução diagnóstica e terapêutica**

- Garantir quantidade e qualidade de profissionais adequados à demanda;
- Implantar protocolos clínicos e terapêuticos (síndromes febris, comas, agitação psicomotora);
- Adequar a estrutura física, os equipamentos e o mobiliário das salas de estabilização e retaguarda de pacientes críticos;
- Organizar retaguarda de especialidades médicas às equipes regulares da urgência;
- Adequar o serviço de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Implantar Central de Equipamentos de suporte e monitoramento a doentes críticos.

### **Responsabilização e garantia da continuidade do cuidado.**

- Organizar a Unidade de forma que todo paciente tenha um profissional médico e de enfermagem como responsáveis por seu plano de cuidado;
- Implantar sistemática de gestão de vagas e tempo de permanência, priorizando as necessidades da Porta da Urgência;
- Participar da linha de cuidado à urgência e assistência hospitalar integrando-se à Central de Regulação de Leitos e de Urgência;
- Articular com outras unidades do SUS e rede de apoio social para garantir a continuidade de atenção;
- Implantar o “kit alta”: relatório de alta, atestados, receita, retornos e exames agendados pré-alta .

### **Aprimoramento e democratização da gestão.**

- Instituir gerência e colegiado multiprofissional da Unidade de Urgência;

- Implantar ouvidorias como mecanismo permanente de escuta dos usuários;
- Estabelecer contratualização entre o gestor e a direção do hospital e desta com as unidades de produção/trabalho;
- Implantar sistema de informação com indicadores de qualidade, produção e custos;
- Prestar contas do plano de qualificação no Conselho Gestor e Conselho Municipal/Distrital de Saúde;
- Implementar plano de informatização do hospital;
- Elaborar o Plano Diretor do Hospital e plano de trabalho das várias unidades;

#### **Inserção do hospital no sistema de urgência/emergência**

- Implantar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, como componente da Qualificação do Sistema de Urgência na capital e região metropolitana para regulação da porta de entrada da urgência;
- Organizar rede de pronto-atendimentos e unidades hospitalares de urgência de média complexidade na capital e região metropolitana para o atendimento de pequena e média complexidade;
- Estabelecer a grade de atendimento de urgência/emergência da região metropolitana com a atribuição de responsabilidades de cada gestor e de cada unidade de urgência/emergência;
- Criar o Comitê de Urgência da região metropolitana.

O Acolhimento ao Usuário proposto pelo QualiSUS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2005) e HumanizaSUS (BRASIL, 2004e) é uma ação técnica e assistencial que pressupõe a mudança da relação entre profissional, usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

A tecnologia de Acolhimento com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

O processo de Acolhimento com Avaliação de Risco, como proposto por esta política, será composto das seguintes etapas:





- a) O usuário ao procurar o pronto-atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos: direcionar e organizar o fluxo através da

identificação das diversas demandas do usuário; determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas); acolher pacientes e familiares em demandas de informações sobre o processo de atendimento, tempo e motivo de espera; avaliação primária, baseada no protocolo de situação, queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

b) Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/queixa/ duração
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas)
- Uso de medicações
- Verificação de sinais vitais
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

-  Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
-  Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento em no máximo 15 minutos;
-  Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos;
-  Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 3 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências.

A identificação das prioridades é feita mediante adesivo colorido colado no canto superior direito do Boletim de Emergência

Para a organização das funções, facilidade de entendimento e acolhimento, o espaço da Emergência também deveria estar identificado e dividido por cores seguindo a proposta do “Colégio Americano dos Cirurgiões” (1989), citada acima, que evidenciam os níveis de risco dos pacientes (Figura 1):

**Azul – Pronto-Atendimento** – para os casos de baixa complexidade, onde os pacientes não têm necessidade de cuidado imediato e podem aguardar. Este espaço é desenhado em três linhas horizontais principais:

A primeira linha é a da recepção e acolhimento. Ao penetrar no espaço o usuário identificará facilmente a área do acolhimento e atendimento, onde terá sua necessidade ouvida e receberá seu encaminhamento imediato. Nos casos simples será informado sobre o tempo de espera para o atendimento médico, aguardando na sala de espera.

A segunda linha é a dos consultórios onde o usuário receberá o atendimento médico e o seu encaminhamento. Podendo ser liberado imediatamente após o atendimento ou encaminhado para a terceira linha, neste caso o acesso é feito atravessando-se o próprio consultório.

A terceira linha é composta pelas áreas de medicação, inalação e sala de raio X. Nesta área o usuário receberá cuidados e tratamentos de baixa complexidade, podendo ser liberado em seguida ou aguardar para observação na própria área ou na área Verde.

**Vermelha – Emergência** – recebe os pacientes com risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato. É composta pela sala de estabilização e pela sala de procedimentos invasivos especiais. O paciente da área vermelha após estabilização segue para a área amarela.

**Amarela – Sala de retaguarda** – nesta área estarão os paciente graves, que demandem cuidados especiais, ainda com risco de vida, mas não iminente. Permanecem neste espaço aguardando direcionamento, seja para o centro cirúrgico, seja para a unidade de terapia intensiva (UTI) ou área verde para receber alta.

Esta é a direcionalidade ideal pretendida, porém prevê-se a possibilidade do contra-fluxo, onde receberá pacientes que tiveram seus estados agravados tanto na área azul quanto na verde.

**Verde – Observação** – recebe os casos mais simples que demandam acompanhamento, porém sem risco de vida. Os pacientes que permanecerem neste espaço podem estar aguardando liberação médica, exames ou vagas para leitos no hospital.

A área do pronto-atendimento pediátrico é separada da adulta, apenas o acesso é o mesmo pelo acolhimento. Possui sala de espera diferenciada para onde a criança é encaminhada diretamente a fim de aguardar o atendimento médico. A lógica do cuidado é a mesma da adulta, sendo setorizada pelas cores: azul para os consultórios, inalação, medicação e procedimentos e verde para a área de observação. O fluxograma abaixo representa os ambientes da emergência.

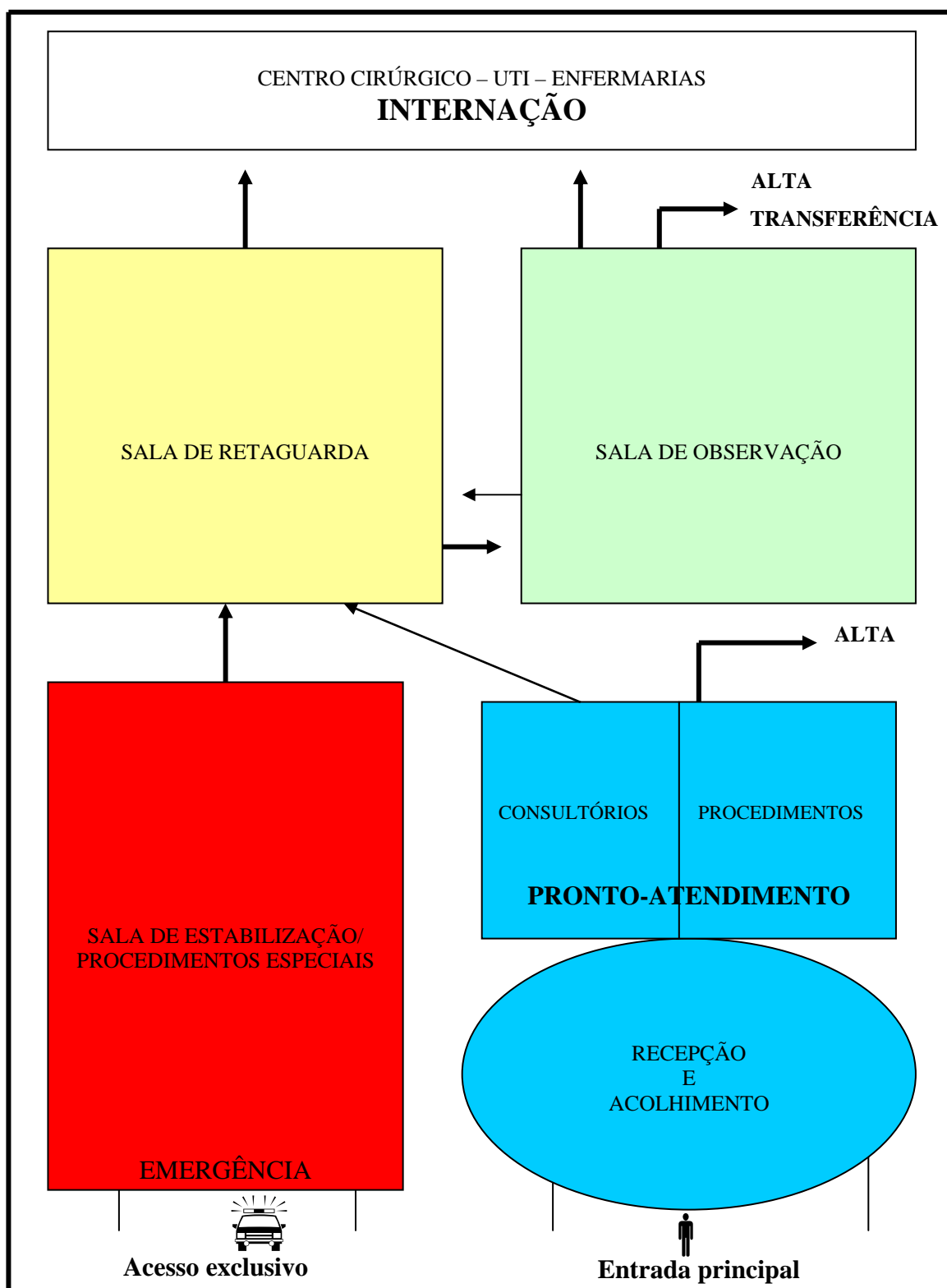


Figura 1 – Diagrama representativo da organização da emergência de acordo com o grau de risco do paciente

O QualiSUS que tem nos seus fundamentos a direcionalidade de suas propostas os usuário e profissionais definindo como suas dimensões a presteza na atenção e conforto no atendimento ao cidadão; a humanização das relações entre profissionais, sistema de saúde e usuários; e a motivação dos profissionais de saúde. Tem como foco de sua atuação a qualificação da assistência de urgência e emergência que tem como elementos estruturadores a implantação do acolhimento e a organização prestação da assistência de urgência de acordo com a classificação de risco. Traz conceituações e dimensões da política que coincidem com os objetivos definidos por este estudo, portanto é uma política de saúde referência na definição das dimensões da qualidade a serem avaliadas por este estudo.

#### 2.2.4 Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS

A Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS e enfatiza a necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população, e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Com isso, aponta a complexidade do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação à luz da Humanização, desafiando para a necessidade de “inventar” indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos, em suas dimensões subjetivas, inclusive (SANTOS-FILHO, 2005).

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004e).

Na construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (BRASIL, 2004e).

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS.

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas

relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços, e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população (SANTOS-FILHO, 2005).

Constituem aspectos importantes na construção da Rede de Humanização em Saúde (RHS) o mapeamento e a visibilidade de iniciativas e programas de humanização na rede de atenção SUS, no Ministério da Saúde, bem como a promoção do intercâmbio e a articulação entre eles. E pode-se dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas (BRASIL, 2004e).

A implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalha no esforço de consolidar, prioritariamente, quatro marcas específicas:

1. Reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
2. Estar disponível para todo usuário do SUS o conhecimento de quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde que se responsabilizarão por sua referência territorial.
3. Garantir o repasse de informação e a presença de acompanhante (de livre escolha) nas unidades de saúde e garantir a concretização dos direitos do código dos usuários do SUS.
4. Possibilitar a gestão participativa nas unidades para os trabalhadores e usuários, assim como garantir educação permanente aos trabalhadores.

O HumanizaSUS apresenta diferentes diretrizes de acordo com o nível de atenção: Atenção Básica, Atenção de Urgência e Atenção Especializada.

Na Atenção de Urgência e Emergência, nos pronto-socorros, nos pronto-atendimentos, na Assistência Pré-Hospitalar e outros, as diretrizes a serem seguidas são:

1. Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.
2. Comprometer-se com a referência e a contra-referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.
3. Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.



A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) é mais uma estratégia de qualificação da assistência que tem como foco de sua ação a assistência de urgência através da constituição da Rede de Humanização em Saúde (RHS) e tem como proposta para a redução das filas e dos tempos de espera a implantação do acolhimento com classificação de risco. É uma política mais conceitual e menos intervencionista que o QualiSUS que na sua implantação previa a assinatura de Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com os eixos da pactuação para qualificação da assistência e convênio para liberação de recursos financeiros e realização das transformações físicas e adequação tecnológicas necessária à qualificação (BRASIL, 2003e). Portanto, são políticas complementares com uma pauta semelhante para qualificação. Como os hospitais participantes desta pesquisa foram objeto da implantação das políticas do QualiSUS e HumanizaSUS, torna ainda mais pertinente a revisão destas políticas públicas para o entendimento da qualidade da assistência de urgência prestada por estas unidades.

## Referências

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Advanced Life Trauma Support Program; Instructor Manual**. Chicago, 1989.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, (Brasil). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.2, p. 335-336, 2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Qualificação da Saúde Suplementar** – Nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro, ANS, 2005.

ALMEIDA, H. M. S. Programa de Qualidade do Governo Federal. **Revista Administração em Saúde**, São Paulo, v.3, n.12, p. 21-28, 2001.

ANDERSEN, R. M.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care: utilization in the United States. **Milbank Memorial Fund Quarterly** [S.L.], p. 1-27, 1973. Disponível em: <[www.milbank.org/quarterly/830422andersen.pdf](http://www.milbank.org/quarterly/830422andersen.pdf)>. Acesso em 23 jul. 2009.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care does it matter? **Health Society Behavior**, Baltimore, v. 36, p. 1-10, 1995.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 64-71, 1991.

BANERJEA, K.; CARTER, A. O. Waiting and interaction times for patients in a developing country accident and emergency department. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 23, p. 286-290, 2006.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1-7, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=Sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=Sci_arttext&pid). Acessado em 29/05/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 29 mai. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2048 de 05 de novembro de 2002**: Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1864, de 29 de setembro de 2003.** Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.072, de 30 de outubro de 2003.** Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **QualiSUS: Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2003d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança QualiSUS em hospitais do Rio de Janeiro.** Brasília, DF, 2003e. Disponível em: <www.Saude.gov.br> Acesso em: 03 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.828, de 2 de setembro de 2004.** Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.420, de 9 de novembro de 2004.** Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004.** Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais Samu – 192. Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS/Acolhimento com avaliação e classificação de risco.** Brasília, DF, 2004d, Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília, DF, 2004e, Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Qualificação da Saúde Suplementar no Brasil: Resultados 2003-2004.** Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/alfred...>> Acesso em 29 mai. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **QualiSUS – Relatório de visita ao Hospital Getúlio Vargas Recife-PE.** Brasília, DF, 2005b.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A saúde na opinião dos brasileiros**. CONASS, Brasília, DF, 2003.

CÉSAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, sup. 2, p. S59-S70, 1996.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, 1997.

DESLANDES, S. F. **Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; LIMA, M. L. C. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 24, n. 6, p. 1-13, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=Sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?script=Sci_arttext)>. Acesso em: 05 jan. 2009.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DORNAS JÚNIOR, G.; FERREIRA, J. M. Informações de Unidade de Pronto Atendimento: possibilidades de uso como sentinelas da atenção básica à saúde. **Informática Pública**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 27-48, 2003.

DUTTON, D. Financial organizational and professional factors affecting health care utilization. **Social Science & Medicine**, New York, v. 23, n. 7, p. 721-735, 1986.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I.C.K. História da evolução da qualidade hospitalar dos padrões da acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 319-328, 2005.

FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Qualidade na atenção à saúde: uma experiência de avaliação à procura da satisfação do usuário. **Revista do IMIP**, Recife, v. 13, n. 2, p. 128-137, 1999.

FERNANDEZ, M. B. T.; SANCHEZ, M. P. B.; LINARES, X. G. Nivel de satisfacción general y analisis del relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. **Revista Médica Herediana**, Lima, v. 14, n. 4, p. 175-180, 2003.

FIRME, T. P. **Avaliação em rede 2003**. Disponível em: <[http://www.rits.org.br/redesteste/rd\\_times\\_set2003.cfm](http://www.rits.org.br/redesteste/rd_times_set2003.cfm)>. Acesso em: 12 jan. 2006.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 61-70, 1998.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). **Projeto - Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)**. Relatório final. Rio de Janeiro: 2003.

GEA, M. T. et al. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del centro médico-quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. **Revista Calidad Asistencial**, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 37-44, 2001.

GUSMÃO-FILHO, F. A. R. **Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – Política Qualisus – em três hospitais do município do Recife**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CPqAM/FIOCRUZ, Recife, 2008.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

JACOBS, P. C.; MATOS, E. P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 348-353, 2005.

LOMAS, J. Health services research. **British Medical Journal**, London, n. 327, p. 1339-1341, 2003.

MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cadernos FUNDAP/Fundação do Desenvolvimento Administrativo**, Qualidade em Saúde, São Paulo, n. 19, p. 07-24, 1996.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L.M.C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: **Faculdade Saúde Publica da Universidade de São Paulo** v. 3, Série Saúde & Cidadania, 1998.

MATUS, C. **Política, Planificación y Gobierno**. Washington, DC, Segundo Borrador, 1987.

MENDES, A. C. G.; TAVARES, R. A. W. A rede hospitalar brasileira e a transição demográfica: Novas exigências para a assistência hospitalar. **Revista do Ministério Público de Pernambuco**, Recife, n. 5, p.37-46, 2006.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 71-104.

NOVAES, H.M.; PAGANINI, J.M. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil)**. Washington, DC, Organização Panamericana de Saúde, 1994.

NOVAES, H. D. N. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, sup.2, p. S147-S173, 2004.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008.

O'DWYER, G.; OLIVEIRA, S. P. O.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.1-11, 2006. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo-int.php?id\\_artigo=663](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo-int.php?id_artigo=663)>. Acesso em 03 jun. 2009.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA. **Documento base**. Disponível em: <http://www.ona.org.br>. Acessado em 08/02/2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Estratégia de continuidade e expansão das atividades do QualiSUS**. Brasília, DF, 2005.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The Concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Medicine Care**, Philadelphia, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 329-336, 2007.

RODRIGUEZ, J. P.; SÁNCHEZ, I. D.; RODRIGUEZ, R. P. Urgencias clinicas: comportamiento según su gravedad. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, Havana v. 17, n. 4, p. 329-335, 2001.

SANTOS-FILHO, S. B. **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. 2005. Disponível em: <[http://saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=389](http://saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389)>. Acesso em: 05 jan. 2007.

SEMPERE, S. T. et al. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. **Revista Española de Salud Pública**, Madri, v. 73, n. 4, p. 461-475, 1999.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, 1999.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SIERRA, M. L. V. et al. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. **Revista Salud Pública Bogotá**, v. 9, n. 4, p. 529-540, 2007.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 15-40.

SIMONS, D. A. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência de Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa de Saúde da Família**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Ageu Magalhães/FIOCRUZ, Recife, 2008.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa mundial de saúde 2003 – O Brasil em números. **RADIS Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 15-33, 2004.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 2, p. S190-S198, 2004.

### **3 METODOLOGIA GERAL: Do referencial teórico ao plano geral da pesquisa**

### 3.1 Sobre o Método

Esta investigação utilizará métodos e técnicas de pesquisa diversificadas, portanto é de grande importância uma breve revisão sobre a metodologia quantitativa e qualitativa e suas interações, assim como, sobre as ferramentas a serem utilizadas para uma melhor compreensão metodológica e assim realizar uma abordagem correta do objeto de estudo, permitindo responder as indagações do pesquisador.

Os métodos ou abordagens adotados na investigação científica podem ser divididos em métodos quantitativos e qualitativos, o primeiro investiga a relação de causalidade entre fenômenos ou evidências de associação entre variáveis, tem uma mensuração controlada e podem ser replicados; e o segundo tem como foco a compreensão do significado dos fenômenos sociais.

Na pesquisa social, a metodologia quantitativa é frequentemente aplicada nos estudos descritivos, naqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como nos que investigam a relação de causalidade entre fenômenos (RICHARDSON, 1989). O autor classifica os estudos quantitativos em: descritivos, de correlação de variáveis, comparativos causais e experimentais.

Os estudos de *natureza descritiva* propõem-se a investigar o “que é”, ou seja, a descobrir as características de fenômeno como tal;

Os estudos que procuram investigar a *correlação entre variáveis* são usados quando o pesquisador deseja obter melhor entendimento do comportamento de diversos fatores e elementos que influem sobre determinado fenômeno;

No estudo *comparativo causal* o pesquisador parte dos efeitos observados e procura descobrir os antecedentes de tais efeitos;

Os estudos *experimentais* são os que proporcionam, ao investigador, meios mais rigorosos para testar hipóteses, determinando se a relação é de causa-efeito.

Os modelos teóricos de investigação qualitativa são, historicamente: estudos compreensivos usando o desenho tipo-ideal, estudos de cunho fenomenológico, estudos etnometodológicos, estudos interrelacionistas simbólicos, estudos de cunho hermenêutico-dialético, estudos de pesquisa-ação e pesquisa participativa (MINAYO et al., 2005a).

Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de



mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON, 1989).

O autor enumera três situações que implicam em estudos de conotação qualitativa:

1. Situações em que se evidencia a necessidade de substituir uma simples informação estatística por dados qualitativos. Isto se aplica, principalmente, quando se trata de investigação sobre fatos do passado ou estudos referentes a grupos dos quais se dispõe de pouca informação.
2. Situações em que se evidencia importância de uma abordagem qualitativa para compreender aspectos psicológicos cujos dados não podem ser coletados de modo completo por outros métodos devido à complexidade que encerra. Nesse sentido, temos estudos dirigidos à análise de atitudes, motivações, expectativas, valores etc.
3. Situações em que observações qualitativas são usadas como indicadores do funcionamento de estruturas sociais.

Para Minayo (2004), as técnicas mais comumente usadas para investigação avaliativa qualitativa são as seguintes: Delphi; grupo focal; *brainstorming*; história de vida ou história biográfica; estudo de caso e observação.

O estudo de caso que Contrandiopulos (1999) denomina como pesquisa sintética de caso é aquela que, para explicar e prever comportamentos ou fenômenos complexos, examina o conjunto das relações onde intervêm, simultaneamente, diversas variáveis dependentes e independentes num modelo de relações interdependentes. É uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma unidade de análise (ou um pequeno número de unidades). A observação do caso se faz pelo interior. O potencial explicativo desta estratégia provém da coerência da estrutura das relações entre componentes do caso e a coerência das variações dessas relações no tempo. O potencial explicativo decorre, então, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades de análise estudadas.

Estudo de caso segundo Minayo et al (2005a), é uma estratégia de investigação qualitativa para aprofundar o *como* e o *porquê* de uma situação ou episódio, frente à qual o avaliador tem pouco controle. Costumam ser classificados em explicativos, cognitivos e expositivos e visam aumentar o entendimento de fenômenos sociais complexos. Objetivam, também, evidenciar ligações causais entre intervenções e situações de vida real; bem como ressaltar o contexto em que uma intervenção ocorreu. Além disto, visam demonstrar o rumo de uma intervenção em curso e como modificá-la.

Para Yin (2005) um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os

limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Em segundo lugar, a investigação de estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado, baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um “formato de triângulo”, e, como outro resultado, beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados. Para o autor, **os estudos de caso são generalizáveis a proposições teóricas**, e não a populações ou universos, seu objetivo é expandir e generalizar teorias (generalização analítica). O desenvolvimento de teoria não apenas facilita a fase da coleta de dados do estudo de caso. A teoria apropriadamente desenvolvida também é o nível no qual ocorrerá a generalização dos resultados do estudo de caso.

Segundo Minayo et al (2005a), o ponto crucial do processo reflexivo é o que aponta ser possível exercer uma superação dialética sobre o objetivismo puro, em função da riqueza de conhecimento que pode ser agregada com a valorização do significado e da intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais. A postura dialética leva a compreender que dados subjetivos (significado, intencionalidade, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência e outros) são inseparáveis e interdependentes. Ela permite criar um processo de dissolução de dicotomias: entre quantitativo e qualitativo; entre macro e micro; entre interior e exterior; entre sujeito e objeto.

As experiências das pesquisas de campo, baseadas em uma perspectiva mais pragmática e menos orientada pelo sectarismo epistemológico, sugerem que a combinação das duas abordagens (cada uma no seu uso apropriado) é possível obter ótimos resultados (SERAPIONI, 2000).

A questão fundamental é conhecer o objeto da investigação, quais as perguntas que devem ser respondidas e a partir daí quais os métodos e técnicas que devem ser utilizadas, sejam elas qualitativas ou quantitativas. Por isso, Serapioni (2000) afirma que ao começarmos uma pesquisa, a fim de aprofundar o conhecimento de um problema, é bom sermos mais pragmáticos e perguntarmos: Qual é o objeto de nosso interesse? Qual é a natureza do problema que queremos investigar?

A contraposição entre metodologia quantitativa e qualitativa para Bourdieu (1989), na sociologia é considerada como uma falsa questão, o que é relevante é a construção do objeto e a mobilização de todas as técnicas possíveis para sua análise.

Samaja (1992) demonstra que a combinação de métodos acontece na perspectiva prática e epistemológica: prática quando se trata de processar e analisar dados produzidos por

diversos instrumentos e epistemológica quando tenta superar a dicotomia entre quantitativo e qualitativo.

Minayo (2005b) que desenvolveu uma proposta de utilização de métodos diversos, quantitativos e qualitativos em “*A avaliação por triangulação de métodos*”, define-a como expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados com a compreensão das relações envolvidas na implementação de ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um construto específico.

Esta revisão permitiu uma maior clareza sobre os métodos e técnicas quantitativas e qualitativas que deveriam ser utilizados no desenvolvimento deste estudo que avalia um fenômeno complexo: a qualidade da assistência de urgência e emergência.

A realização deste estudo foi feita através da satisfação dos usuários; motivações dos profissionais; condições oferecidas pelo hospital para o bom atendimento da população; avaliação da política de qualidade da assistência pelos gestores das unidades; a análise dos prontuários dos pacientes quanto ao preenchimento da hipótese diagnóstica, queixas, exame físico, e prescrição médica; e a observação das unidades de emergências, portanto utilizando abordagens que correspondem à Metodologia Qualitativa e Quantitativa. A partir da ausculta dos diversos atores sociais envolvidos (usuários, trabalhadores e gestores) no atendimento de urgência e através das interações das várias avaliações se buscou o entendimento da qualidade da atenção à saúde.

O estudo avaliou a qualidade da assistência prestada nas unidades de urgência, portanto, trata-se de uma **investigação avaliativa**. Analisou um fenômeno social complexo que é qualidade da assistência prestada pelos profissionais e hospitais, e estudou três unidades de urgência da capital, utilizou várias fontes e instrumentos de coleta de dados e pode ter generalizações a proposições teóricas, assim pode ser definido como um **estudo de casos múltiplos de cunho exploratório e explanatório**. Trabalhou a relação entre as variáveis dependentes e independentes dos usuários e profissionais de saúde, na perspectiva de buscar mais explicações para o fenômeno, buscando uma **explicação** para as variações das avaliações, a partir de um referencial teórico, as dimensões a serem analisadas, e através de um conjunto de abordagens e técnicas.

Este estudo tem como estrutura central de seu desenho um estudo de casos múltiplos, portanto, é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. O estudo de caso como estratégia de pesquisa compreende um

método que abrange todas as fases da pesquisa, a lógica de planejamento da pesquisa, as técnicas de coleta de dados, as abordagens teóricas específicas e a análise dos dados (YIN, 2005). Portanto, uma concepção e estratégia de investigação que se aproxima das formulações de Samaja (1992) em seu artigo *Metodologia e Dialética do Trabalho Interdisciplinar* e Minayo, Assis e Souza (2005) em seu livro *Avaliação por triangulação de métodos* que utilizam como proposta de avaliação a integração de métodos fazendo dialogar questões subjetivas e objetivas tentando superar as dicotomias entre quantitativo *versus* qualitativo e com uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto, portanto, tratam de questões do “como” e “por que” que os estudos de caso explanatórios tentam responder (YIN, 2005).

### **3.2 Definição das dimensões da qualidade da assistência**

Esta avaliação da qualidade da atenção prestada pelo hospital e pelos profissionais médicos e enfermeiras, não teve como perspectiva o critério técnico em relação à capacidade de diagnóstico, terapêutica e cura do paciente, como em outros estudos que desenvolvem e aplicam métodos de avaliação da adequação da procura aos serviços de acordo com a gravidade do caso através de padrões técnicos como tempo de permanência no serviço sem utilização de medicamentos (Dornas Júnior e Ferreira, 2003) ou o Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (SEMPERE et al., 1999) que utiliza categorias de avaliação técnica como a gravidade clínica do caso, tratamento realizado, recursos utilizados e quanto a critérios utilizados por pacientes que procuram espontaneamente a emergência, visando analisar a propriedade da assistência prestada em serviços de urgência e emergência.

A partir da revisão da literatura sobre indicadores, dimensões e propostas de políticas de qualificação da atenção à saúde, em particular a assistência de urgência, priorizando a avaliação da relação interpessoal e tendo como referencial para sua definição o respeito aos direitos das pessoas e o acolhimento prestado pelo serviço e pelos trabalhadores foram definidas as dimensões da qualidade a ser avaliadas.

A definição das dimensões da qualidade a serem estudadas teve como base o **respeito aos direitos das pessoas** formulado pelo Projeto de Metodologia de Avaliação do

Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro PRO-ADESS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003), detalhadas no referencial teórico e o **acolhimento**, prestado pelos serviços e pelos trabalhadores, que foi analisado não como uma triagem, mas como uma ação contínua que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde. Para sua elaboração foi tomada como referência a proposta de “Acolhimento com avaliação e classificação de risco” propostas pela Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – QualiSUS (BRASIL, 2005) e pela Política de Humanização – HumanizaSUS (BRASIL, 2004) do Ministério da Saúde.

A partir deste referencial foram elaboradas as **dimensões gerais da qualidade** a serem avaliadas neste trabalho:

1 – Respeito aos direitos das pessoas:

- a) Confidencialidade das informações;
- b) Privacidade no atendimento;
- c) Direito à informação;
- d) Conforto;
- e) Dignidade e cortesia
- f) Priorização na atenção ao usuário;
- g) Percepção da qualidade da assistência pelos usuários.

2 – Acolhimento.

A dimensão da percepção da qualidade da assistência clínica pelos usuários contém em seu interior parte das outras duas dimensões (respeito aos direitos das pessoas e acolhimento ao usuário) no que concerne a relação profissional/usuário, tendo como objeto a pessoa e não a doença, mas também, avaliará em relação ao cumprimento de uma rotina e de normas para o bom atendimento pela equipe de enfermagem e médicos.

Outra abordagem da qualidade realizada neste trabalho tem como referencial teórico a proposta de Donabedian (1996) que propõe que as avaliações em saúde tenham como eixos para sua realização as **análises de estrutura, processo e resultado**. Esta pesquisa estudou um dos resultados na atenção à saúde que é a satisfação dos usuários através da avaliação da estrutura e processo de trabalho, assim como, pela avaliação das dimensões qualitativas.

Estrutura – foram avaliadas as **condições oferecidas** pelos hospitais através das condições do ambiente e da organização hospitalar para o bom atendimento aos usuários e a boa prática profissional.

Processo – foi avaliado o **trabalho dos profissionais** médicos, enfermeiros e da recepção pelos usuários, ou seja, a ação e inter-relação humana na atenção à saúde do usuário.

A avaliação também foi realizada na perspectiva das **motivações dos profissionais** finalísticos, médicos e enfermeiros, das unidades estudadas, lotados nas emergências. As motivações destes profissionais foram analisadas a partir da valorização do trabalho proposto por Porto e Tamayo (2003), tendo os seguintes fatores:

- Realização no trabalho que se refere à busca de prazer e realização pessoal e profissional;
- Relações sociais que se refere à busca de relações sociais positivas no trabalho e de contribuição para a sociedade por meio do trabalho;
- Prestígio que se refere à busca de autoridade, sucesso profissional e poder de influência no trabalho;
- Estabilidade que se refere à busca de segurança e ordem na vida por meio do trabalho, possibilitando suprir materialmente as necessidades pessoais.

Por último, foi realizada a avaliação da **dimensão política** através das entrevistas dos Diretores Gerais onde se buscou perceber sua percepção sobre a qualidade da assistência de urgência, as políticas de qualificação desenvolvidas nos hospitais e a avaliação dos vários atores sociais envolvidos.

### 3.3 Sobre os instrumentos de pesquisas

A definição e elaboração dos instrumentos da pesquisa é o passo seguinte à definição do objeto de pesquisa e metodologia e sua construção é de fundamental importância para garantir a coerência entre a definição do objeto e do estudo realizado, pois são os instrumentos que operacionalizam os objetivos através da elaboração de indicadores e permitem o estudo das teorias propostas.

Para Souza et al (2005) um instrumento de construção de dados é mais preciso quanto maior for sua capacidade de representar fielmente a variável que se propõe a mensurar ou o aspecto da realidade que se pretende compreender.

Robert Yin (2005) enfatiza que o uso e escolha das fontes exigem do investigador o conhecimento de habilidades e procedimentos metodológicos diferentes e enumera alguns princípios predominantes para o trabalho de coleta de dados na realização dos estudos de caso:

- a) Várias fontes de evidências (evidências provenientes de duas ou mais fontes, mas que convergem em relação ao mesmo conjunto de fatos ou descobertas);
- b) Um banco de dados para o estudo de caso (uma reunião formal de evidências distintas a partir do relatório final do estudo de caso);
- c) Um encadeamento de evidências (ligações explícitas entre as questões feitas, os dados coletados e as conclusões a que chegou).

Para a investigação científica são identificadas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1999) três fontes de dados: a) documentos (escritos oficiais e pessoais); b) observação sistemática (experimental, semi-experimental e natural), observação ligada à entrevista, observação livre e a observação participante; e c) informações fornecidas pelos indivíduos, que podem ser livre (de exploração, com informante-chave e clínica) ou dirigida (semi-estruturada e questionário).

Gil (1999) identifica como técnicas de coleta de dados em pesquisa social: a observação (simples, participante e sistemática); as entrevistas (informais, focalizadas, por pautas e formalizadas); os questionários (com questões fechadas, questões abertas e questões relacionadas); escalas sociais (escalas de ordenação, graduação, de distância social, escala de Thurstone, escala de Likert e de diferencial semântico); testes; e os documentos (mais importantes: os registros estatísticos, os documentos escritos e a comunicação de massa).

Para um estudo de caso (YIN, 2005) as evidências podem ser obtidas através de seis fontes distintas: documentos, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos.

Neste estudo sobre a qualidade da assistência de urgência e emergência as fontes de dados foram os documentos, as observações e as informações dadas pelos atores sociais envolvidos no processo: usuários, profissionais e gestores. Para apreender este fenômeno social trabalhou uma grande diversidade de abordagens do problema, definidas a partir dos objetivos específicos desta pesquisa:

- ✓ Pesquisa de satisfação dos usuários.
- ✓ Definição do perfil dos usuários e profissionais médicos e enfermeiros.
- ✓ Avaliação das motivações dos profissionais através da valorização do trabalho.
- ✓ Avaliação das condições de trabalho pelos profissionais.
- ✓ Entrevista focalizada com os diretores das unidades.
- ✓ Observação dos pesquisadores quanto ao respeito aos direitos das pessoas e acolhimento aos usuários.
- ✓ Análise objetiva quanto ao preenchimento das fichas de atendimento.

Portanto, a partir desta diversidade de abordagens, o próximo passo no planejamento da pesquisa é: de que forma abordar os vários atores sociais e problemas envolvidos? Questionários? Abertos ou fechados? Observar a assistência realizada? Entrevistar? Quem entrevistar? A resposta a estas questões se deu pela análise de cada um dos objetivos, atores envolvidos, dificuldades na abordagem e revisão da literatura.

A avaliação da satisfação dos usuários foi realizada através da aplicação de questionário com questões fechadas que facilitam a abordagem dos usuários nos serviços de urgência em função de sua facilidade, rapidez e objetividade no preenchimento; pouca possibilidade de erros; fácil processamento dos resultados; e permitem análise de dados de maneira sofisticada. Embora possam ter as desvantagens de não captar uma informação inesperada, comentários, explicações e esclarecimentos significativos, dados pelo entrevistado quando o questionário é realizado através de questões abertas. Na avaliação do perfil dos usuários foram utilizadas predominantemente questões fechadas, mas, também, constaram questões mistas com uma última opção aberta e uma questão aberta sobre o motivo que levou o usuário a procurar a emergência (APÊNDICES A e B).

Os questionários se configuram como dispositivos normatizados e padronizados, que captam a presença ou ausência de determinada característica ou atributo no indivíduo, permitindo medir a magnitude com que essa característica ou atributo se distribui naquele grupo. A semelhante ou diferente distribuição desses atributos entre os diversos grupos é avaliada em termos de significância estatística (SOUZA et al., 2005). Neste sentido, a opção da utilização de questionários para entrevista de um grande número de usuários a serem abordados no momento da assistência de urgência, foi a melhor opção.

A avaliação dos profissionais quanto ao trabalho nos hospitais, foi realizada através de instrumento de pesquisa que continha dois tipos de avaliações. A primeira refere-se à avaliação da motivação dos médicos e enfermeiros. A segunda tratará da avaliação quanto às condições oferecidas pelo hospital para o atendimento à população, além da caracterização do perfil destes profissionais (APÊNDICE D).

Para avaliação da motivação dos profissionais médicos e enfermeiros que trabalham nas emergências pesquisadas, em função da não identificação da existência de informante-chave exigiria uma avaliação com um número expressivo de profissionais. A construção de indicadores qualitativos por estratégias quantitativas (a mensuração de valores, opiniões, relações e vivências intersubjetivas) é bastante antiga no campo das ciências sociais. O estudo da motivação é um campo da investigação da psicologia através do uso de escalas sociais, que convencionou-se denominar de linha de investigação avaliativa qualitativa que apresenta



instrumentos e resultados típicos da abordagem quantitativa através da “mensuração de atitudes” (ASSIS et al., 2005).

A abordagem psicossocial, para o estudo da motivação dos profissionais, parte da premissa de que existe uma relação dialética entre o mundo psíquico e o ambiente, formando uma unidade na qual nem sempre é possível distinguir o individual e o coletivo, ou o interior e o contextual, já que o indivíduo, no seu processo de socialização tende a se apropriar de conteúdos sociais (por exemplo: valores, crenças, significados, etc) e assumi-los como seus, portanto, uma abordagem sócio-histórica dos fenômenos (BORGES et al., 2005).

Apesar da crítica epistemológica da redução da complexidade da motivação a opções restritas concebidas pelos pesquisadores, esta é uma área do conhecimento consagrada da psicologia do trabalho. Os instrumentos desenvolvidos pelos pesquisadores da psicologia social são desenvolvidos dentro de um protocolo de pesquisa rigoroso, que passam por critérios rigorosos de validação para, a partir daí, colocar à disposição da comunidade científica a sua utilização, dentro de critérios estabelecidos, como a definição do grupo de trabalhadores a que são destinados os instrumentos.

A avaliação das condições de trabalho oferecidas pelos hospitais aos profissionais das emergências constou de questões fechadas em que os mesmos eram solicitados a dar um conceito. Assim como, a caracterização dos profissionais foi realizada através de questões fechadas e mistas. Um dos condicionantes dos instrumentos a serem aplicados aos profissionais foi sua simplicidade na aplicação dos instrumentos e a conseqüente maior adesão dos profissionais em contribuir com a pesquisa.

Partindo-se do princípio de que os fenômenos de interesse não são puramente de caráter histórico, encontrar-se-ão disponíveis para observação alguns comportamentos ou condições ambientais relevantes. Realizar essas observações serve como fontes de evidências. As observações podem variar de atividades formais a atividades informais de coleta de dados. Mais formalmente, podem-se desenvolver protocolos de observação como parte do protocolo do estudo de caso, e pode-se pedir ao pesquisador de campo para avaliar a incidência de certos tipos de comportamentos durante certos períodos de tempo no campo (YIN, 2005).

Existem quatro grandes formas de observação dos indivíduos ou fenômenos. Elas se distinguem pela distância entre o pesquisador e a ação que se desenvolve, assim como, pela padronização dos elementos de observação. São elas: a observação sistemática, a observação ligada à entrevista, a observação participante e a observação livre.

A observação sistemática implica numa maior distância entre o pesquisador e o fenômeno a ser observado. O pesquisador é então habitualmente munido de uma tabela que o lembre os elementos que deve observar, ou a seqüência em que os elementos devem aparecer.

A observação participante pressupõe também a utilização de uma tabela de observação que determine, antecipadamente, os aspectos que devem chamar a atenção do observador (CONTANDRIOPOULOS et al., 1999). Para Yin (2005) a observação participante é uma modalidade especial de observação na qual você não é apenas um observador passivo. Em vez disso, você pode assumir uma variedade de funções dentro de um estudo de caso e pode, de fato, participar dos eventos que estão sendo estudados. Portanto, pelo grau de envolvimento e participação do pesquisador permite observações em profundidade.

Na observação ligada à entrevista, a coleta de dados decorre da observação das reações dos indivíduos frente aos estímulos provocado pelo entrevistador. Na observação livre o pesquisador aborda a situação sem utilizar tabela, pois o observador faz parte da situação observada, e é utilizado na antropologia e sociologia (CONTANDRIOPOULOS et al., 1999).

De acordo com os objetivos da pesquisa, deve-se estabelecer a forma e o conteúdo da observação. Toda observação deve ser registrada em formulários, diário de campo ou em ambos, de acordo com a estratégia da observação adotada.

Em nossa pesquisa utilizamos duas técnicas de observação (APÊNDICES F e G), a observação sistemática com um roteiro e tabela a ser preenchida, por exemplo, para mensuração dos vários tempos de espera e a observação participante onde através de um roteiro de observação onde se detalham os pontos a serem observados, assim como, as impressões colhidas e anotadas no diário de campo.

A análise documental realizada neste estudo é um dos indicadores da qualidade da assistência à saúde prestada nas unidades de emergência. Esta análise terá um caráter objetivo, identificando na ficha de atendimento dos pacientes o preenchimento da identificação do paciente, sinais vitais, queixas, exame físico, hipótese diagnóstica e prescrição médica (APÊNDICE H).

Para Yin (2005) as informações documentais são relevantes a todos os tópicos do estudo de caso. Esse tipo de informação pode assumir muitas formas e deve ser o objeto de planos explícitos da coleta de dados.

Contandriopoulos et al (1999) distingue os documentos, em função de sua forma de difusão, as seguintes categorias: documentos oficiais (governos ou empresas), documentos pessoais, a imprensa (jornais e publicações científicas) e os documentos utilitários

(publicidade, catálogos). Este autor categoriza as fichas de atendimento dos profissionais de saúde como “dados administrativos individualizados”.

A entrevista com os diretores das unidades teve por objetivos específicos apreender destes diretores sua compreensão do trabalho dos profissionais, a avaliação dos usuários e sua compreensão sobre as condições oferecidas para melhoria da qualidade da assistência de urgência em sua dimensão política.

As entrevistas são fontes essenciais de informação para o estudo de caso. Para Rubin e Rubin (1995) as entrevistas parecem ser conversas guiadas e não investigações estruturadas, ou seja, por mais rigoroso que seja o roteiro da entrevista o pesquisador tem que saber captar de forma não tendenciosa a percepção que o entrevistado tem da questão proposta.

Contandriopoulos et al (1999) refere-se às entrevistas como a informação fornecida oralmente pelo indivíduo, que pode ser obtida em uma entrevista livre ou em entrevista dirigida. Distingue três formas de entrevistas livres: a entrevista de exploração, a entrevista com um informante-chave e a entrevista clínica. Na entrevista livre o entrevistador não estrutura previamente a entrevista, com a intenção de obter uma informação precisa. As entrevistas dirigidas caracterizam-se pela estrutura imposta à entrevista anteriormente pelo pesquisador, ou seja, pelo fato dele determinar antecipadamente as facetas e as dimensões da informação procurada. A este tipo de entrevista também denominada de entrevista focada, são entrevistas espontâneas e que assumem o caráter de uma conversa informal, mas você, provavelmente, estará seguindo um certo conjunto de perguntas que se originam do protocolo de estudo (YIN, 2005).

Portanto, é a entrevista dirigida ou focada a estratégia de pesquisa adequada para captar dos gestores hospitalares as facetas da qualidade da assistência de urgência e sua dimensão política e possam dialogar com os outros achados da pesquisa através de outros instrumentos.

O uso de estratégias múltiplas de abordagem para analisar um determinado problema possibilitará aos pesquisadores perceber as várias leituras dos atores sociais desse problema. Possibilitará, por exemplo, solicitar a avaliação do usuário sobre o tempo de espera para ser atendido, a opinião do gestor sobre esse tempo de espera e ao mesmo mensurar *in loco* este tempo de espera, possibilitando a partir deste novo construto uma nova análise.

Definida a metodologia de pesquisa, as dimensões da qualidade da assistência de urgência e emergência a serem avaliadas, as estratégias e instrumentos de pesquisa, o próximo passo é a elaboração dos instrumentos.

### 3.3.1 Elaboração dos instrumentos

Para elaboração dos instrumentos de coleta de dados e formulação das questões a serem respondidas foi necessário transformar os objetivos principais e específicos em objetivos operacionais (HILL; HILL, 1998) e neste processo de elaboração dos instrumentos a análise dos dados tem que estar permanentemente presente levando a um processo contínuo de re-elaboração dos objetivos operacionais e da metodologia a ser utilizada.

Nesta perspectiva, como estrutura metodológica para elaboração dos instrumentos tomou-se como base três eixos da avaliação em que estariam contidos os instrumentos de avaliação:

- Avaliação das dimensões qualitativas definidas pela pesquisa:
  - Questionário dos usuários;
  - Observação sistemática;
  - Análise documental;
  - Entrevista dos Diretores.
- Avaliação das condições de infra-estrutura oferecidas pelo hospital:
  - Questionário dos profissionais;
  - Observação sistemática;
  - Entrevistas com os diretores dos hospitais;
  - Questionário dos usuários.
- Avaliação do trabalho dos profissionais:
  - Questionário dos usuários;
  - Entrevistas com os diretores dos hospitais.
- Avaliação da motivação dos profissionais:
  - Questionário dos profissionais.
- Avaliação política da qualidade da atenção de urgência:
  - Entrevista com os Diretores.

Em função da amplitude e complexidade da avaliação foi necessário realizarmos um esforço de elaboração de um instrumento que permitisse organizar todos os elementos da pesquisa. A partir dos **temas centrais** a serem pesquisados, **as dimensões**, definir *O que? Como? Onde?* e com *Quem pesquisar?* Para isto, foi construída a Matriz de Elaboração dos

Instrumentos da Pesquisa que transforma as dimensões em questões concretas a serem avaliadas nos vários instrumentos a serem aplicados nos vários espaços e com os vários atores sociais envolvidos.

### 3.3.1.1 – Construção da matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa

Para elaboração da matriz de construção dos instrumentos de pesquisa que analisará as dimensões da qualidade propostas neste estudo e as dimensões da avaliação propostas por Donabedian, que aqui abordará condições oferecidas e trabalho dos profissionais, o primeiro passo foi definir o que nela estariam contidas: seus descritores, o local a ser observado, em qual instrumento deveria ser avaliado e a questão norteadora para elaboração dos instrumentos. Com isto, foi possível ganhar coerência entre os objetivos formulados, a elaboração dos instrumentos e as análises a serem realizadas.

Portanto, a Matriz de elaboração dos instrumentos de avaliação da qualidade das urgências a partir das dimensões a serem avaliadas tem como cabeçalho, definidores desta avaliação:

<b>Dimensões da qualidade</b>	<b>Descritores</b>	<b>Local a ser avaliado</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Questão norteadora para elaboração dos instrumentos</b>	<b>Dimensões da avaliação</b>
-------------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------	--	-------------------------------

O processo de elaboração da matriz se deu num processo de acumulação de resultados. Num primeiro momento a partir das dimensões qualitativas adotadas foram definidos os conteúdos das dimensões e seus descritores.

**Confidencialidade das informações** refere-se à confiança dos usuários para expor seus problemas, suas intimidades aos profissionais de saúde:

<b>Dimensão</b>	<b>Descritores</b>
Confidencialidade das informações.	Avaliar a relação entre profissionais e usuários permitindo a confidencialidade das informações.

A **privacidade no atendimento**, aqui, refere-se à não exposição física do paciente:

<b>Dimensão</b>	<b>Descritores</b>
Privacidade no atendimento.	Avaliar se o usuário ficou fisicamente exposto a outras pessoas que não os profissionais de saúde.

O **direito à informação** refere-se o acesso às informações sobre as decisões médicas e informações que garantam a sua autonomia no serviço:

<b>Dimensão</b>	<b>Descritores</b>
Direito à informação	Avaliar se o usuário foi informado das decisões médicas sobre seu diagnóstico e tratamento. Observar se o tempo de espera é informado aos usuários. Avaliar a presença de sinalização que garanta a autonomia de locomoção. Observar se há divulgação das especialidades oferecidas pelo hospital para uma maior autonomia de escolha pelo usuário.

O **conforto** entendido como condições dignas e adequadas durante a assistência aos usuários:

<b>Dimensão</b>	<b>Descritores</b>
Conforto	Avaliar o conforto em relação a: Adequação e conforto do mobiliário; Limpeza do ambiente; Alimentação comestível; Ventilação e temperatura do ambiente; Iluminação adequada; Ausência de ruídos desagradáveis; Roupa limpa e adequada; Condições de repouso no plantão para os profissionais; Conforto do ambiente de trabalho.

A **dignidade e cortesia** referem-se ao reconhecimento do usuário como cidadão:

<b>Dimensão</b>	<b>Descritores</b>
Dignidade e cortesia	Avaliar o direito do indivíduo em ser tratado como pessoa: Tratamento gentil. Presteza no atendimento. Acesso a espaço para expressar reclamações e dar sugestões. Direito à presença de acompanhante.

O **acolhimento** refere-se à postura dos trabalhadores e estruturação do serviço para absorver a demanda dos usuários:

<b>Dimensão</b>	<b>Descritores</b>
Acolhimento	Observar a existência de equipe multiprofissional para o acolhimento na unidade. Observar se a ordem de atendimento se dá de acordo com a gravidade do caso. Observar se os encaminhamentos são feitos de forma adequada a outros serviços de saúde.

A **priorização na atenção ao usuário** refere-se ao pronto-atendimento das suas necessidades:

<b>Dimensão</b>	<b>Descritores</b>
Priorização na atenção ao usuário	Avaliar os tempos de espera. Avaliar o número de atendimentos por profissional.

A dimensão da **percepção da qualidade da assistência clínica** será analisada numa perspectiva de um cumprimento de rotinas do trabalho dos médicos e dos enfermeiros:

<b>Dimensão</b>	<b>Descritores</b>
Assistência clínica	Valorizar a capacidade dos profissionais em ouvir as queixas dos usuários. Valorizar a realização de exame físico detalhado e cuidadoso. Avaliar o suporte laboratorial, do setor de imagem e banco de sangue. Avaliar a disponibilidade, manutenção e quantidade de equipamentos e insumos. Avaliar o preenchimento do prontuário. Avaliar o cumprimento da administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. Avaliar a higienização regular dos pacientes pela equipe de enfermagem. Avaliar a administração das dietas prescritas aos pacientes pela equipe de enfermagem. Avaliar a capacidade do chefe da enfermagem na coordenação da equipe de enfermagem. Avaliar a quantidade de profissionais para garantir um bom atendimento aos pacientes. Avaliar o gerenciamento e organização do trabalho

Por fim, a partir da definição das dimensões e seus descritores foi possível definir que questões correspondem aos vários pontos da assistência de urgência que deveriam ser avaliadas: recepção/acolhimento, pronto-atendimento (PA), emergência e avaliação geral, em quais instrumentos deveriam estar contidas as avaliações e qual a questão norteadora para sua elaboração. Com a elaboração da matriz final foi possível elaborar os conteúdos que deveriam

estar presentes nos questionários dos usuários, na observação sistemática e na análise documental.



<b>Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa</b>					
<b>Dimensões da qualidade</b>	<b>Descritores</b>	<b>Local a ser avaliado</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Questão norteadora para elaboração dos instrumentos</b>	<b>Dimensões da avaliação</b>
<b>1. Confidencialidade das informações.</b>	Avaliar a relação entre profissionais e usuário permitindo a confidencialidade das informações.	PA e Emergência	Questionário dos usuários	PA e Emergência – Sentiu confiança no profissional que o atendeu para contar o problema de saúde?	<b>Processo</b>
<b>2. Privacidade no atendimento:</b> não exposição física do paciente.	Avaliar se o usuário ficou fisicamente exposto a outras pessoas que não os profissionais de saúde.	PA e Emergência	Questionário dos usuários	PA e Emergência – Quando foi examinado, você foi exposto a outras pessoas que não os profissionais de saúde?	<b>Processo</b>
<b>3. Direito à informação:</b> acesso a informações das decisões médicas sobre seu diagnóstico e tratamento.	a) Avaliar se o usuário foi informado das decisões médicas sobre seu diagnóstico e tratamento.	PA e Emergência	Questionário dos usuários	PA e Emergência – O médico que lhe atendeu informou sobre qual era o problema que você tinha e qual o tratamento que iria realizar?	<b>Processo</b>
	b) Informar os tempos de espera aos usuários.	Recepção	Observação sistemática	Observar se são informados os tempos médios de espera aos usuários.	<b>Processo</b>
	c) Avaliar a presença de sinalização que garanta a autonomia de locomoção.	Geral	Questionário dos usuários	Você quando precisou se deslocar no hospital havia sinalizações que permitiram achar o setor com facilidade?	<b>Estrutura</b>
			Observação sistemática	Observar se a sinalização existente no hospital garante o deslocamento dos usuários sem ajuda.	<b>Estrutura</b>
d) Divulgar as especialidades oferecidas pelo hospital para uma maior autonomia de escolha pelo usuário.	Geral	Observação sistemática	Observar se há divulgação das especialidades oferecidas de forma clara aos usuários.	<b>Estrutura</b>	
<b>4. Conforto:</b> condições adequadas para garantir o conforto durante a assistência aos usuários.	a) Avaliar a adequação e conforto do mobiliário.	Recepção PA e Emergência	Questionário dos usuários	Recepção – As cadeiras são em número suficiente para acomodar a todos? As cadeiras são confortáveis? PA e Emergência – Os móveis são bem conservados? A mesa de exames estava limpa e com lençol limpo? Emergência – A maca estava com colchonete?	<b>Estrutura</b>
	b) Avaliar o conforto para os profissionais.	Geral	Questionário dos profissionais	É confortável o ambiente de trabalho? São boas as condições de repouso no plantão?	<b>Estrutura</b>
	c) Avaliar a limpeza do ambiente.	Recepção PA e Emergência	Questionário dos usuários	Recepção – O ambiente é limpo? PA - A sala estava limpa? Emergência - A sala estava limpa?	<b>Estrutura</b>
			Geral	Questionário dos profissionais	Como os profissionais avaliam a limpeza do hospital?
	Recepção PA e	Observação sistemática	Há limpeza imediata na presença de vômito, sangue, urina, água ou outros resíduos?	<b>Estrutura</b>	

		Emergência			
	d) Avaliar a alimentação.	Emergência e Geral	Questionário dos usuários/ Questionário dos profissionais	A qualidade das refeições oferecidas pelo hospital é satisfatória?	<b>Estrutura</b>
	e) Avaliar a ventilação e temperatura do ambiente.	Recepção PA e Emergência	Questionário dos usuários	Recepção – O ambiente é ventilado? PA e emergência - O ambiente tem uma temperatura agradável?	<b>Estrutura</b>
	f) Avaliar a roupa hospitalar.	Emergência	Questionário dos usuários	Emergência - A roupa de cama é trocada com frequência?	<b>Estrutura</b>
			Observação sistemática	Observar se os pacientes estão vestidos com roupa ofertada pelo hospital e se é limpa e bem conservada?	<b>Estrutura</b>
	g) Avaliar a iluminação.	Emergência	Questionário dos usuários	Emergência – A iluminação da emergência é adequada para o seu conforto?	<b>Estrutura</b>
	h) Avaliar a presença de ruídos desagradáveis.	Emergência	Questionário dos usuários	Emergência – O barulho na emergência impede o seu descanso?	<b>Estrutura</b>
<b>5. Dignidade e cortesia</b>	a) Avaliar se o tratamento dado pelos profissionais aos usuários é gentil.	Recepção PA e Emergência	Questionário dos usuários	Recepção - Ao chegar no hospital, foi atendido de forma gentil e respeitosa? Foi fácil entrar no hospital? PA e Emergência – Ao ser atendido, os profissionais se comportaram de forma gentil e respeitosa?	<b>Processo</b>
	b) Avaliar a presteza no atendimento: disponibilidade dos profissionais para o atendimento ao usuário.	Recepção PA e Emergência	Questionário dos usuários	Recepção - Você encontrou algum empecilho para entrar no hospital? PA e Emergência - Sempre que necessitou, os profissionais de saúde se prontificaram a atender às suas solicitações?	<b>Processo</b> <b>Estrutura</b> <b>Processo</b>
	c) Avaliar o acesso a espaço para expressar reclamações e dar sugestões.	Geral	Questionário dos usuários	Sempre que necessitou, encontrou espaço para emitir opiniões, fazer críticas e elaborar denúncias?	<b>Estrutura</b>
	d) Avaliar o direito à presença do acompanhante.	PA e Emergência	Questionário dos usuários	Durante todo o período em que esteve no hospital, foi permitida a presença de acompanhante?	<b>Estrutura</b>
Emergência		Observação sistemática	Verificar a existência de acomodação para os acompanhantes	<b>Estrutura</b>	
<b>6. Acolhimento</b>	a) Observar a existência de equipe multiprofissional para o acolhimento na unidade.	Recepção	Observação sistemática	Observar a existência de equipe multiprofissional que garanta a integralidade da assistência no momento da chegada do paciente.	<b>Processo</b>
	b) Observar a ordem de atendimento de acordo com a gravidade do caso.	Recepção, PA e Emergência	Observação sistemática	Observar a existência de avaliação classificatória de risco para definição de prioridade no atendimento.	<b>Estrutura e Processo</b>

	c) Avaliar o encaminhamento de forma adequada a outros serviços de saúde.	Recepção e PA	Observação sistemática	Observar se o paciente foi encaminhado a outro serviço de forma responsável, depois de uma avaliação e encaminhamento formal.	<b>Estrutura e Processo</b>
<b>7. Priorização na atenção ao usuário</b>	a) Avaliar os tempos de espera.	Recepção, PA e Emergência	Questionário dos usuários	Recepção - os profissionais de saúde estavam disponíveis para prestar orientações sempre que solicitados? Recepção e PA - Como você avalia o tempo de espera para ser atendido? PA e Emergência – Como você avalia os tempos de espera para realizar os exames laboratoriais e de imagem?	<b>Estrutura</b>
	b) Avaliar o número de atendimentos.	Geral	Questionário profissionais	Como você avalia o número de atendimentos realizados pelos profissionais?	<b>Estrutura</b>
	c) Medir os tempos de espera.	Recepção, PA e Emergência	Observação sistemática	Medir os tempos de espera para os vários tipos de atendimento no atendimento de urgência.	<b>Estrutura</b>
<b>8. Assistência clínica</b>	a) Valorizar a capacidade dos profissionais em ouvir as queixas dos usuários.	PA e Emergência	Questionário dos usuários	Durante a consulta o médico escutou a sua queixa de maneira atenciosa? Durante a consulta o enfermeiro escutou a sua queixa de maneira atenciosa?	<b>Processo</b>
	b) Avaliar o preenchimento das queixas do usuário no prontuário pelo médico.	PA e Emergência	Avaliação do prontuário	Observar o preenchimento das queixas do paciente no prontuário.	<b>Processo</b>
	c) Valorizar a realização de exame físico detalhado e cuidadoso.	PA e Emergência	Questionário dos usuários	Durante a consulta o médico lhe examinou de forma cuidadosa e detalhada?	<b>Processo</b>
	d) Avaliar o preenchimento do exame físico no prontuário pelo médico.	PA e Emergência	Avaliação do prontuário	Observar o preenchimento do exame físico do paciente no prontuário.	<b>Processo</b>
	e) Valorizar o preenchimento do diagnóstico no prontuário pelo médico.	PA e Emergência	Avaliação do prontuário	Observar o preenchimento da hipótese diagnóstica no prontuário.	<b>Processo</b>
	f) Avaliar o preenchimento adequado dos exames e procedimentos no prontuário pelo médico.	PA e Emergência	Avaliação do prontuário	Observar o preenchimento da prescrição de exames e medicamentos no prontuário.	<b>Processo</b>
	g) Avaliar os meios diagnósticos e terapêuticos.	Geral	Questionário dos profissionais	Como você avalia o suporte laboratorial, do setor de imagem e banco de sangue para o seu atendimento?	<b>Estrutura</b>
	h) Avaliar as condições de equipamentos e insumos.	Geral	Questionário dos profissionais	Como você avalia a disponibilidade, manutenção e quantidade de equipamentos e insumos para o seu atendimento?	<b>Estrutura</b>
	i) Avaliar o cumprimento da administração de medicamentos pela	PA e Emergência	Questionário dos usuários	A administração de medicamentos pela enfermagem é realizada de forma cuidadosa?	<b>Processo</b>

	equipe de enfermagem.				
	j) Avaliar a higienização regular dos pacientes pela equipe de enfermagem.	Emergência	Questionário dos usuários	A equipe de enfermagem realizava a sua higienização de forma adequada?	<b>Processo</b>
	l) Avaliar a administração das dietas prescritas aos pacientes pela equipe de enfermagem.	Emergência	Questionário dos usuários	A administração da dieta é realizada de forma satisfatória?	<b>Processo</b>
	m) Avaliar a capacidade do chefe da enfermagem na coordenação da equipe de enfermagem.	PA e Emergência	Questionário dos usuários	A chefia de enfermagem na coordenação da equipe de auxiliares garante a conduta adequada?	<b>Processo</b>
	n) Avaliar a quantidade de profissionais para garantir um bom atendimento aos pacientes.	PA e Emergência	Questionário dos usuários	Há um número de médicos e de enfermeiras suficiente para garantir o bom atendimento?	<b>Estrutura</b>
		Geral	Questionário dos profissionais	Há uma quantidade suficiente de médicos para o atendimento aos usuários? Há uma quantidade suficiente de enfermeiros para o atendimento aos usuários? Há uma quantidade suficiente de pessoal auxiliar para o atendimento aos usuários?	<b>Estrutura</b>
	o) Avaliar o gerenciamento e organização do trabalho.	Geral	Questionário dos profissionais	Como você avalia a organização do ambiente de trabalho? Como você avalia a carga horária do turno de trabalho? Como você avalia a segurança oferecida pelo hospital?	<b>Estrutura</b>

**Quadro 1 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa**

Nota: Pronto-Atendimento (PA)

### 3.4 Caracterização do lócus da pesquisa

Os Hospitais participantes da pesquisa: Restauração (HR), Getúlio Vargas (HGV) e Otávio de Freitas (HOF), estão localizados no município do Recife, todos sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, realizando atendimento universal gratuito, garantido pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O HR está localizado na área central da cidade, próximo se encontra o HGV e o HOF fica localizado no bairro de Tejipló na zona oeste do Recife, limite com o município de Jaboatão dos Guararapes.

Abaixo são apresentadas as principais características das emergências destes hospitais (PERNAMBUCO, 2007):

#### Hospital da Restauração

Localização: Avenida Agamenon Magalhães, s/ nº - Derby - 52010-040. Fone: 3421-5444 Fax: 3421-5927. E-mail: hr2000@elogica.com.br.

<b>Hospital da Restauração</b>		
<b>Especialidades</b>	<b>Leitos</b>	<b>Internações</b>
Cirúrgicos	352	1.112
Clínicos	124	660
Complementar (UTI e Unidade intermediária)	63	
Pediatria	40	279
Total	579	2.051

#### **Quadro 2 - Leitos hospitalares e internações médias mensais - Hospital da Restauração, 2006**

Fonte: (CNES) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2006a) e (SIH) Sistema de Informações Hospitalares (BRASIL, 2006b).

Serviços oferecidos na Emergência: É referência estadual no atendimento à vítima do trauma.

Especialidades oferecidas na Emergência: neurologia, neurocirurgia, clínica médica (hemorragias digestivas, intoxicações e envenenamentos), clínica pediátrica, traumatologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, buco-maxilo-facial, unidade de terapia intensiva (UTI), além de ser referência no atendimento ao grande queimado.

Meios diagnósticos oferecidos: patologia clínica (laboratório de análises clínicas), endoscopia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, radiologia simples e contrastada, ressonância magnética e angiografia.

### Hospital Getúlio Vargas

Localização: Avenida General San Martin, s/nº - Cordeiro - 50630-060. Fone: 3229-5600 Fax: 3446-6497. E-mail: hgvsec@saude.pe.gov.br.

<b>Hospital Getúlio Vargas</b>		
<b>Especialidades</b>	<b>Leitos</b>	<b>Internações</b>
Cirúrgicos	191	641
Clínicos	53	521
Complementar (UTI e Unidade intermediária)	24	
Pediatria	24	7
Reabilitação	20	
Tisiologia	6	1
Total	318	1.170

### Quadro 3 - Leitos hospitalares e internações médias mensais - Hospital Getúlio Vargas, 2006

Fonte: CNES e SIH.

Especialidades oferecidas na Emergência: clínica médica, cirurgia geral, neurologia, buco-maxilo-facial, UTI, traumatologia-ortopedia, politraumatismo, cirurgia vascular.

Meios diagnósticos oferecidos: anatomia patologia/citologia, eletroencefalografia, endoscopia, hemodinâmica, métodos gráficos em cardiologia, patologia clínica (laboratório de análises clínicas), radiologia clínica, tomografia computadorizada, ultra-sonografia, ressonância magnética.

### Hospital Otávio de Freitas

Localização: Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió – 50920-640. Fone: 3455-4455 Fax: 3455-1155.

<b>Hospital Otávio de Freitas</b>		
<b>Especialidades</b>	<b>Leitos</b>	<b>Internações</b>
Cirúrgicos	98	372
Clínicos	166	358
Complementar (UTI e Unidade intermediária)	24	
Pediatria	23	67
Psiquiatria	37	51
Total	360	831

### Quadro 4 - Leitos hospitalares e internações médias mensais - Hospital Otávio de Freitas, 2006.

Fonte: CNES e SIH.

Especialidades oferecidas na Emergência: clínica médica, clínica pediátrica, cirurgia geral, UTI, psiquiatria, traumatologia, aplicação de soro anti-tetânico.

Meios diagnósticos oferecidos: anatomia patológica /citologia, endoscopia, métodos gráficos em cardiologia, patologias clínicas (laboratório de análises clínicas), radiologia clínica, ultra-sonografia.

Estes hospitais contam com 469 médicos e 97 enfermeiros para o atendimento de urgência (pronto-atendimento e emergência) e realizam em média 8.400 atendimentos semanais nos três hospitais, como pode ser visto no quadro abaixo.

<b>Quantitativo de profissionais por emergência</b>			
<b>Hospital</b>	<b>Profissionais</b>	<b>Quantidade por plantão de 24h</b>	<b>Total</b>
Otávio de Freitas	Clínico	4 a 5	38
	Pediatra	5 a 6	36
	Cirurgião Geral	3 a 4	25
	Traumatologista	3	21
	<b>Total de médicos</b>		<b>120</b>
	<b>Enfermeiros</b>	4	<b>31</b>
	<b>Número de atendimentos médios/dia</b>		<b>400</b>
Getúlio Vargas	Clínico	6 a 7	43
	Vascular	2	14
	Neuroclínico	1	7
	Neurocirurgião	1	6
	Traumatologista	3 a 4	27
	Cirurgião Geral	6 a 7	43
	<b>Total de médicos</b>		<b>140</b>
	<b>Enfermeiros</b>	3 a 4	<b>24</b>
<b>Número de atendimentos médios/dia</b>		<b>400</b>	
Restauração	Clínico	6	42
	Vascular	2 a 3	12
	Neuroclínico.	2 a 3	17
	Neurocirurgião	2 a 3	16
	Traumatologista	3 a 4	27
	Cirurgião Geral	6 a 7	43
	Pediatra	5 a 6	43
	Cirurgião Pediátrico	1 a 2	9
	<b>Total de médicos</b>		<b>209</b>
	<b>Enfermeiros</b>	6	<b>42</b>
<b>Número de atendimentos médios/dia</b>		<b>400</b>	

**Quadro 5 – Número de médicos, enfermeiros e atendimentos de urgência por hospitais.**

Fonte: Chefias das emergências do HR, HGV e HOF.

### 3.5 Definição da amostra

Para realização da pesquisa foi necessário avaliar o pronto-atendimento, a emergência e os turnos de trabalho diurno e noturno nos três hospitais. Para isto, serão selecionados através de sorteio um médico do pronto-atendimento diurno e noturno e um médico da emergência diurna e noturna em cada um dos dias da semana nos três hospitais, ou seja, 28 médicos por hospital, num total de 84 médicos nos três hospitais, correspondendo a 17,9% do universo.

No caso dos enfermeiros os critérios serão os mesmos, porém, como a atuação dos enfermeiros se dá indistintamente no pronto-atendimento e emergência foram selecionados um enfermeiro dos turnos diurno e noturno em cada um dos dias da semana nos três hospitais, ou seja, 14 por hospital, num total de 42 enfermeiros nos três hospitais, 43,3% do universo.

Serão entrevistados usuários do pronto-atendimento e emergência dos hospitais dos turnos diurnos e noturnos dos sete dias da semana. Além disto, como será necessário entrevistar usuários atendidos pelos médicos entrevistados para que tenhamos certeza que o nível de satisfação dos usuários também é em relação a estes profissionais, serão entrevistados cinco pacientes de cada médico, 420 usuários, ou seja, 5% dos atendimentos semanais.

A partir dos critérios predefinidos do número de entrevistados, turno, dia da semana e local de atendimento foi realizado o sorteio dos profissionais. A seleção dos cinco usuários de cada profissional se deu a partir do primeiro usuário encontrado no campo de pesquisa, que tenha sido atendido pelo médico já entrevistado e para escolha dos usuários seguintes a serem abordados, o entrevistador “pula” dois usuários e aborda o terceiro (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10), e assim por diante.

Portanto, a seleção da amostra do universo trabalhado será dividida em subconjuntos excludentes e exaustivos, homogêneos em relação às variáveis utilizadas para fazer a divisão da população estudada e a partir daí extrair uma amostra ao acaso em cada um desses grupos, dando uma maior representatividade e sendo assim caracterizada como aleatória com estratos de subconjuntos homogêneos da população (RICHARDSON, 1985).



### **3.6 Coleta de dados**

#### **Teste dos instrumentos de coleta de dados**

Como etapa anterior à coleta e à apresentação da versão final dos instrumentos ao Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), foram realizados testes dos questionários com profissionais e usuários do Hospital da Restauração. Nesta etapa, os testes foram aplicados pela equipe de pesquisadores, para percepção da compreensão do conteúdo dos instrumentos pelos entrevistados, profissionais e usuários, bem como do tempo médio de aplicação, da facilidade de aplicação do instrumento no formato proposto, e da coerência entre compreensão/resposta e o objetivo de cada questão proposta no instrumento, conforme detalhamento da elaboração dos instrumentos, nos capítulos seguintes.

#### **Seleção e treinamento dos bolsistas**

Optou-se pela seleção de bolsistas, estudantes do décimo período do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, em função da familiaridade com o ambiente hospitalar, facilitando a abordagem aos profissionais e a compreensão das questões postas aos entrevistados, bem como a familiaridade com a metodologia científica. Ao mesmo tempo, o fato de ainda não estarem no mercado de trabalho, ou mesmo de não terem vivências de longo prazo com os hospitais diretamente pesquisados, permitiu que o olhar do bolsista, quando do preenchimento da Observação Sistemática, pudesse se aproximar do olhar do usuário que busca o atendimento no hospital.

A permanência do bolsista na pesquisa foi condicionada à realização de um treinamento e participação em todas as reuniões agendadas. Cada acadêmico entrevistou quatro médicos, dois enfermeiros, vinte usuários e realizou duas observações sistemáticas e dez avaliações de prontuários em cada hospital. No total foram realizadas oitenta e quatro entrevistas com médicos; quarenta e duas entrevistas com enfermeiros; quatrocentas e vinte entrevistas com usuários, quarenta e duas observações sistemáticas e duzentas e dez avaliações de prontuários.

Como etapa preliminar do treinamento os bolsistas leram o projeto de pesquisa. A partir desta leitura foram realizadas discussões para esclarecimentos e entendimento dos instrumentos da pesquisa, discussão metodológica e aplicação observada do instrumento para ajustes na forma de aplicação dos instrumentos.

Esta aplicação observada foi desenvolvida no formato de treinamento, com aplicação de um único questionário por cada bolsista e por tipo de instrumento, no primeiro hospital abordado, que foi o Hospital Otávio de Freitas. Essa aplicação teve o acompanhamento das supervisoras de campo, sendo seguida de uma reunião de análise dos dados coletados e discussão da necessidade de ajustes dos instrumentos. Como não houve necessidade de ajustes, os dados coletados no treinamento, foram considerados válidos e, portanto, incorporados à coleta de dados da pesquisa.

### **Preparação e coleta de dados**

Na preparação ao trabalho de campo foi apresentada a proposta de trabalho ao Secretário Estadual de Saúde, para a autorização inicial, dado que os três hospitais sob estudo se encontram sob gestão e gerência do Governo do Estado de Pernambuco. Na ocasião, houve a demonstração da vontade em colaborar com a realização da pesquisa.

Após autorização da Secretaria Estadual de Saúde e elaboração final dos instrumentos o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética do CPqAM com o título: Avaliação da Qualidade do Atendimento quanto à garantia dos direitos e acolhimento dos usuários, condições oferecidas e motivação dos profissionais nas emergências do Recife. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética com o número 61/06 (ANEXO I).

Obtida a autorização do gestor estadual, a equipe da coordenação entrou em contato com os Diretores dos três hospitais para a apresentação, esclarecimentos e solicitação de autorização ao trabalho de campo dos pesquisadores.

No contato com a direção dos hospitais, além da apresentação da proposta da pesquisa, este momento teve como função iniciar a preparação da coleta dos dados, com a sensibilização da chefia da emergência, a preparação de crachás para os bolsistas e a coleta de informações preparatórias à aplicação dos instrumentos: escalas de médicos e enfermeiros, estrutura do hospital (consultórios, salas, disposição espacial) média de atendimentos e contatos de referência.

Após este contato com a direção do hospital, foram agendados momentos de apresentação dos bolsistas à equipe local (chefia da enfermagem e da urgência), bem como introduzi-los no ambiente do hospital, devidamente identificados pelos crachás da instituição pesquisada. Cada apresentação dos bolsistas precedeu o início da coleta no respectivo hospital. No mesmo momento, foram afixados cartazes informando sobre a pesquisa, em locais com boa visibilidade para profissionais e usuários.

Nas entrevistas que abordam os médicos, enfermeiros, usuários e gestores, foram tomados alguns cuidados como a garantia do anonimato dos informantes com a codificação dos profissionais e dos usuários que foram atendidos por este profissional.

A coleta dos dados se deu no período de novembro de 2006 a junho de 2007. Na realização das entrevistas, houve a apresentação da pesquisa expondo seus principais objetivos e importância e solicitação da cooperação ressaltando a importância do estudo para o sistema de saúde. As entrevistas foram realizadas apenas quando da aceitação do entrevistado, expressa pela assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, cuja cópia era entregue ao entrevistado (APÊNDICES C e E).

Durante o treinamento, os bolsistas foram alertados para alguns cuidados básicos para evitar vieses nos dados coletados:

1. Abordagem ao entrevistado: Os bolsistas foram orientados para uma abordagem cordial, apresentando a pesquisa e solicitando a colaboração com assinatura do TCLE. Quem consentiu em colaborar, mas não quis assinar o TCLE foi excluído;
2. Apresentação das questões: Os bolsistas foram orientados a lerem as questões *ipsis litteris*, sem interpretações. Se o usuário manifestasse dúvidas quanto à questão, esta era lida novamente, textualmente. Se a dúvida persistisse após a segunda leitura, o bolsista podia explicar a questão, da forma mais sucinta possível;
3. Relação com o entrevistado: Os bolsistas foram orientados para que, se o entrevistado, profissional ou usuário, mantivesse um comportamento pouco colaborador em relação ao bolsista, a entrevista não seria realizada.

Durante o processo de coleta de dados foram realizadas reuniões, para monitoramento do trabalho realizado, orientações e coleta das fichas preenchidas. Em cada reunião, os bolsistas relataram as principais dificuldades encontradas no período. Das quais, pode-se citar como mais importantes:

1. A variabilidade do horário dos médicos, que podiam estar escalados para um horário e, por força de negociações com os colegas, cumprir o plantão em outro horário.
2. A inexistência de área de repouso para os bolsistas, quando da necessidade de passar a noite no hospital.
3. Pequena quantidade de pacientes atendidos por determinados médicos entrevistados, o que obrigou os entrevistadores a voltar ao hospital várias vezes, aguardando a chegada de um novo paciente atendido pelo médico.

Apesar das dificuldades relatadas, os bolsistas afirmaram ter sido muito boa a acolhida pela maioria dos profissionais e uma boa receptividade por parte dos usuários.

### **Monitoramento da coleta de dados**

Para acompanhamento da coleta de dados realizada pelos entrevistadores foram definidas algumas rotinas de supervisão:

1. Reuniões semanais, no primeiro mês de coleta, para consolidação dos questionários e para orientações quanto às dúvidas e dificuldades encontradas durante a aplicação dos questionários. Nos dois meses seguintes, as reuniões foram quinzenais.
2. Troca regular de e-mails: com explicações, orientações e socialização de definições em torno da aplicação dos instrumentos de coleta;
3. Plantão telefônico: os pesquisadores ficaram à disposição para esclarecimentos de dúvidas e resolução de problemas;
4. Análise dos questionários preenchidos: os instrumentos preenchidos foram consolidados e pré-sistematizados, e durante este processo, os pesquisadores analisavam possíveis inconsistências do preenchimento para posterior discussão com os bolsistas;
5. Acompanhamento da produção dos entrevistadores: a aplicação dos instrumentos foi monitorada semanalmente quanto ao cumprimento das metas, por bolsista, de forma a controlar o tempo de conclusão da coleta em cada hospital.

### **3.7 - Plano de análise dos dados**

Para organização, processamento, análise e interpretação dos dados, será feita uma abordagem baseada na proposta metodológica apresentada por Minayo, Assis e Souza (2005) em *Avaliação por triangulação de métodos*, que divide esse processo em dois movimentos: análise interna do material e análise contextualizada e triangulada dos dados.

O primeiro momento será de valorização dos dados primários obtidos e seus resultados em cada um dos instrumentos em si, quantitativos e qualitativos; num segundo momento será feita a relação entre variáveis dos questionários dos usuários e as entrevistas dos profissionais; e num terceiro momento, a contextualização, comparação e busca de uma explicação síntese do fenômeno que se quer avaliar.

- **Primeiro momento - Valorização dos dados primários obtidos.**

- ✓ Avaliação da satisfação dos usuários.
- ✓ Avaliação da observação sistemática.
- ✓ Avaliação dos prontuários.
- ✓ Avaliação dos profissionais:
  - Motivação dos profissionais e
  - Avaliação das condições oferecidas pelos hospitais.
- ✓ Avaliação das entrevistas com os diretores dos hospitais.

- **Segundo momento - Contextualização, comparação e busca de uma explicação síntese.**

Para realizar esta fase da análise dos resultados o primeiro passo é a realização da confrontação dos resultados obtidos contidos nos vários instrumentos, tendo como eixos centrais de análise:

Avaliação das dimensões qualitativas definidas pela pesquisa.

Avaliação das condições de infra-estrutura oferecidas pelo hospital.

Avaliação do trabalho dos profissionais.

Avaliação da motivação dos profissionais.

Avaliação política da qualidade da atenção de urgência.

Esta última fase é a realização da explicação síntese. É o momento em que se confrontam e dialogam as várias avaliações, o que se busca é a partir de um referencial teórico se ter uma complementariedade de interpretações. São as avaliações qualitativas, ajudando a interpretar dados quantitativos; são resultados objetivos, que dão materialidade a uma interpretação de um comportamento/atitude; são os resultados discordantes que trazem à tona a complexidade do que se está analisando; e é a síntese explicativa que talvez consiga melhor dar conta da avaliação da qualidade do atendimento em unidades de urgência.



Figura 1 – Diagrama representativo do plano de análise dos dados.

## Referências

- ASSIS, S. G. et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 105-132.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, Lisboa: DIFEL, 1989.
- BORGES, L. O. et al. Concepção, planejamento e desenvolvimento da pesquisa. In: BORGES, L. O. (org). **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.p. 25-46.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004. Textos Básicos de Saúde, Série B.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **QualiSUS - Relatório de visita ao Hospital Getúlio Vargas Recife-PE**. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde**. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares**. Brasília, DF, 2006.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 44, p. 166-206, 1966. Disponível em: <[www.milbank.org/quarterly/830416.Donabedian.pdf](http://www.milbank.org/quarterly/830416.Donabedian.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2008.
- DORNAS JÚNIOR, G; FERREIRA, J. M. Informações de Unidades de Pronto Atendimento: possibilidade de uso como sentinelas da atenção básica de saúde. **Informática Pública**, Belo Horizonte, v. 5, n.1, p. 27-48, 2003.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). **Projeto - Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)**. Relatório final. Rio de Janeiro, 2003.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.
- HILL, M. M; HILL A. B. **A construção de um questionário**. Lisboa: Dinâmica; 1998.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005a. p. 71-104.

MINAYO, M. C. S. Introdução - Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005b. p. 19-51.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde. **Hospitais Públicos do Recife e Região Metropolitana**. Disponível em: <[www.saude.pe.gov.br/](http://www.saude.pe.gov.br/)> Acesso em: 20 jun. 2007.

PORTO, J. B.; TAMAYO, A. Escala de Valores Relativos ao Trabalho – EVT. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 145-152, 2003.

RICHARDSON, R.J. - **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985.

RUBIN, H. J.; RUBIN, I. S. **Qualitative interviewing: the art of hearing data**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

SAMAJA, J. La Combinación de métodos: pasos para uma comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario. **Educación Médico y Salud/Organização Panamericana da Saúde**, Washington, v. 26, n. 1, p. 4-34, 1992.

SEMPERE, S. T. et al. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 73, n. 4, p. 461-475, 1999.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SOUZA, E. R. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 133-156.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.



## PARTE II

---

---

Satisfação dos usuários  
Motivações e condições de trabalho  
Observação dos pesquisadores  
Preenchimento dos prontuários  
Entrevistas com os gestores  
Análise final

## **4 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS: A avaliação da assistência de urgência e emergência em unidades de alta complexidade**

### **4.1 Introdução**

Na avaliação da qualidade dos serviços e ações de saúde, a análise da satisfação do usuário é de grande importância para entender as necessidades, expectativas e diferenças individuais dos usuários dos Sistemas de Saúde. As percepções dos atores sociais sobre a qualidade dos serviços de saúde são determinadas por suas experiências anteriores. Uchimura e Bosi (2002) consideram a importância dos atores, e principalmente dos usuários na avaliação. A dimensão subjetiva da qualidade de programas e serviços de saúde remete a um terreno pouco explorado. Uma investigação que pretenda desvendar um objeto de natureza qualitativa deve prever a utilização de uma estratégia que permita a apreensão dos sentidos dos fenômenos, e ao mesmo tempo, respeite sua complexidade, riqueza e profundidade.

Trad et al (2002), com base em ampla revisão de literatura observa que o aumento do interesse pela avaliação de satisfação dos usuários tem início da década de 1970. No Brasil, os estudos sobre satisfação dos usuários se desenvolveram na década de 1990, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Segundo Serapioni (1999), o interesse pela qualidade não é um fenômeno novo no âmbito dos serviços de saúde. Os procedimentos e mecanismos para garantir e manter a qualidade existem há muito tempo. A novidade do movimento contemporâneo é colocar em primeiro plano a opinião do usuário como um aspecto determinante no julgamento da qualidade.

Em recente revisão sobre o tema, segundo Vaitsman e Andrade (2005), é a partir da obra de Avedis Donabedian que a satisfação do paciente se torna um componente da avaliação de qualidade do serviço. Para o autor, o conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os pacientes – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços.

Para Donabedian (1984), a satisfação do paciente é de fundamental importância como medida de qualidade da atenção, porque proporciona informação sobre o êxito do provedor em alcançar os valores e expectativas do paciente, que são temas em que este é a maior

autoridade. A medição da satisfação é, por tanto, um instrumento valioso para a investigação, administração e planejamento.

Entre os sete componentes identificados para a análise de qualidade dos serviços (eficácia, efetividade, eficiência, optimalidade, aceitabilidade, legitimidade e equidade) definidos por Donabedian, o que está relacionado à questão da satisfação do usuário é o da aceitabilidade, definido como “um composto de fatores da relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde”. Assim, a aceitabilidade referindo-se a “conformidade entre os serviços e as aspirações e expectativas dos pacientes e dos membros de sua família”, compreende questões da infra-estrutura dos serviços, incluindo a acessibilidade, a relação médico-paciente e as expectativas quanto aos desdobramentos e resultados do tratamento. (JUNQUEIRA; AUGÉ, 1996).

Contudo, existem questionamentos tanto às metodologias desenvolvidas para pesquisa da satisfação do usuário, quanto à própria coerência do uso dessa informação para mensuração da qualidade de serviços. Bernhart et al (1999) intitula de *gratitude bias*, a influência do sentimento de gratidão do usuário do setor público ao conseguir ser atendido, o que seria, inclusive, mais comum em países “periféricos”. Assim, discute-se que a avaliação do usuário estaria envolvida por uma interação complexa de elementos, incluindo o medo de ser “retaliado” pelos profissionais avaliados; a percepção diferenciada sobre direitos de cidadania e obrigações do Estado; experiências pessoais anteriores; e a própria confiança no setor público (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; DINSDALE et al., 2000; BERNHART et al., 1999; KOTAKA, 1997). Segundo Esperidião e Trad (2006), seriam os usuários de camadas mais populares mais satisfeitos com os serviços.

Além da dificuldade de aferição da satisfação dos usuários pela vasta gama de influências sofridas, Kotaka (1997) argumenta que há uma contradição em relação aos interesses de administradores e usuários num estudo de satisfação destes últimos, pois, enquanto ao administrador da unidade interessa avaliar o que está errado, a tendência da avaliação do usuário é de distinguir o que está certo, ou seja, o que lhe satisfaz, e conclui que mesmo com forte tendência à positividade das respostas, há diferenças que podem ser analisadas para a avaliação dos serviços.

Esperidião e Trad (2006) embora afirmem haver inconsistências teórico-conceituais importantes no âmbito dos estudos de satisfação dos usuários, além de questionar a validade analítica de estudos que inserem na pesquisa de satisfação de usuários um variado número de eventos, médicos e não médicos, conclui, em sua mais recente revisão sobre o assunto, que a

avaliação de satisfação de usuários deve ser valorizada como parte de estudos sobre relações interpessoais nos serviços de saúde.

Ao refutar as críticas à avaliação da satisfação do usuário, Malik (1996), as coloca em duas esferas de concepção, as do que acham que os usuários não têm condições de avaliar e ao preconceito de classe dos profissionais. Na primeira esfera de concepção a autora afirma existir com frequência o estereótipo de que o paciente e seu acompanhante não têm condições de avaliar o que ocorre no serviço de saúde por valorizar questões ditas cosméticas ou voltadas às chamadas “amenidades”, como se o atendimento é oportuno e gentil, há silêncio à noite e a limpeza parece satisfatória não tivessem importância e, portanto, não deveriam ser valorizadas. Na segunda esfera está o preconceito de classe dos profissionais com os usuários públicos. Certamente de forma inconsciente, tende-se mais a valorizar a opinião daquele que desembolsa algo especificamente para a atividade e, portanto, se sente mais no direito de reclamar que o usuário do serviço público. É quase como se não reconhecesse o direito à dignidade daquele que paga impostos, mas não é reconhecido como financiador.

Vaitsman e Andrade (2005) ressaltam a importância de ampliar os conceitos de satisfação para o de “responsividade”, proposto pela OMS em 2000: Responsividade diz respeito ao modo como o desenho do sistema de saúde reconhece e consegue responder às expectativas universalmente legitimadas dos indivíduos em relação aos aspectos não-médicos do cuidado. O importante na introdução desse conceito como uma ferramenta na avaliação de sistemas de saúde é que ele pretende definir princípios de validade universal.

No texto da OMS (2000), de apresentação da pesquisa sobre responsividade, utilizando informantes-chaves, questionários domiciliares e por correio, conduzida em 60 países, a responsividade é descrita como composta por elementos referentes às formas de interação entre o sistema de saúde e os usuários, incluindo o tratamento com dignidade, a prontidão no atendimento, a autonomia do paciente, a confidencialidade das informações, a possibilidade de escolha em relação ao provedor do serviço, comunicação em linguagem acessível, suporte social durante o tratamento, e ter conforto durante o tratamento, dentro de padrões aceitáveis.

Considerando o questionário apresentado na pesquisa da OMS, contudo, verifica-se que os componentes da pesquisa já são contemplados na maioria das pesquisas sobre satisfação do usuário desenvolvidas no Brasil, o que sugere uma certa equivalência de conceitos, atualmente. Vaitsman e Andrade (2005) lembram que, no Brasil, as pesquisas de satisfação do usuário se tornaram mais frequentes a partir da segunda metade da década de 1990, em função do processo de redemocratização do país e do surgimento de movimentos de

luta pelos direitos sociais e, especificamente, do acesso a políticas públicas de saúde, o que pode configurar o surgimento das formulações nesta área de pesquisa já incorporando as dimensões que levaram ao conceito de responsividade.

Na avaliação de qualidade de serviços através da percepção de qualidade pelo usuário, um instrumento de mensuração dessa percepção comumente utilizado é a escala de mensuração de atitudes. As chamadas "escalas sociais são instrumentos construídos com o objetivo de medir a intensidade das opiniões e atitudes da maneira mais objetiva possível" (GIL, 1999).

Para Streiner e Norman (2003), tem havido uma grande proliferação de abordagens de mensuração de eventos da saúde, o que provoca problemas na generalização de resultados entre os autores. Paradoxalmente, o pesquisador, ao revisar a literatura pertinente, pode perceber que nenhuma escala existente se enquadra nos conceitos que quer avaliar, sendo melhor desenvolver uma nova escala e, assim, "adicionar a confusão na literatura".

A construção das escalas segundo Gil (1999) envolve muitos problemas porque são instrumentos complexos, havendo necessidade de que o pesquisador domine os conceitos envolvidos tanto no estudo como na elaboração do instrumento propriamente dito.

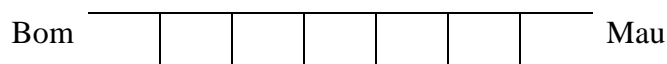
Os primeiros conceitos que se deve dominar são os conceitos de atitude e opinião. Atitude designa disposição psicológica, adquirida e organizada a partir da própria experiência, que inclina o indivíduo a reagir de forma específica em relação a determinadas pessoas, objetos ou situações. Opinião, por sua vez, se refere a um julgamento ou crença em relação a uma determinada pessoa, fato, ou objeto (GIL,1999). Ou podemos dizer que as atitudes são predisposições para reagir negativa ou positivamente a respeito de certos objetos, instituições, conceitos ou outras pessoas, enquanto que opiniões são reações mais específicas (RICHARDSON, 1989).

Segundo Esperidião e Trad (2006), a elaboração das escalas para medição do grau de satisfação é um fator importante a se considerar quando da elaboração de um instrumento. As escalas têm o objetivo de mensurar a resposta obtida, atribuindo pesos e valores para cada item. Em sua grande maioria, as escalas são baseadas no modelo de Likert, abordando a satisfação de modo indireto pela concordância ou discordância com as afirmativas sobre o serviço ou sobre o profissional a partir de categorias que variam entre: "concordo plenamente" e "discordo plenamente".

As principais escalas de auto-relato para medir atitudes segundo Oliveira (2001), são: escala de Thurstone, escala de diferencial semântico, escala de Stapel, escala de Likert, escala de Guttman e escala de Alpert.

A Escala de Thurstone é um dos métodos mais antigos de mensuração de atitude, tendo sido elaborada no final da década de 1920. Apesar das críticas e de ter caído em desuso, esta escala é tomada com frequência como base metodológica para mensuração de atitudes. Para sua mensuração a lista de enunciados são uniformemente distribuídos ao longo de uma escala de onze pontos separados por intervalos equivalentes. A escala elaborada por Bergen é um exemplo do uso da escala de Thurstone, seu objetivo é medir as atitudes dos empregados em relação à empresa e a partir dos resultados da escala atribuir os valores: *Sinto que faço parte desta organização.....9,72* (GIL, 1999).

Em 1957 foi criada a Escala de Diferencial Semântico por Ogood, Suci e Tannenbaun, cujo objetivo é medir o sentido que determinado objeto tem para as pessoas (GIL, 1999). Pasquali (1996) refere que o sujeito ao utilizar esta escala deve marcar um dos sete segmentos de linha existente entre os adjetivos bipolares, e esta marca irá indicar duas tendências: uma direção para um dos dois pólos e uma intensidade, desde que a marca seja colocada mais distante ou mais próxima do pólo escolhido:



Segundo Oliveira (2001), a limitação apresentada pela escala de diferencial semântico tem relação com sua composição de adjetivos ou frases bipolares, pois muitas vezes é difícil compor antônimos perfeitos e isto irá depender da habilidade do pesquisador e do objeto em estudo.

A Escala de Stapel é uma modificação da escala de diferencial semântico. Ela consiste em uma escala de 10 pontos, cujos valores variam de +5 a -5, em que se deve avaliar o quão precisamente o adjetivo ou frase descrevem o objeto estudado. A vantagem desta escala é a não necessidade de desenvolver adjetivos bipolares para uma série de itens que estão sendo utilizados para medir atitudes (OLIVEIRA, 2001).

A escala proposta por Likert em 1932 é a mais comum nos estudos de satisfação dos usuários. Baseia-se na de Thurstone, porém, é de elaboração mais simples e de caráter ordinal, não medindo, portanto, o quanto a atitude é mais ou menos favorável (GIL, 1999). De forma semelhante à de Thurstone, a escala de Likert é composta por uma série de assertivas sobre o assunto a ser pesquisado, com conotação positiva ou negativa, para as quais as pessoas afirmam seus graus de concordância, segundo uma escala bipolar de 5 pontos, com um ponto médio para registro da situação intermediária ou de nulidade, do tipo “concordo totalmente”, “concordo”, “indiferente”, “discordo” e “discordo totalmente” (OLIVEIRA, 2001).

Segundo Pereira e Fávero (2001), esta escala tornou-se um paradigma da mensuração qualitativa e desde então tem sido largamente aplicada, quer na forma original, quer em adaptações para diferentes objetos de estudo. Ainda segundo estes autores, ela tem uma relação adequada entre precisão e acurácia da mensuração, pois avalia que uma escala com maior número de pontos perderia progressivamente a acurácia, na medida em que o pesquisador necessitasse constituir um maior número de categorias.

A escala de Guttman é similar à escala de Likert, a diferença entre elas é que a técnica de Guttman é uma escala acumulativa, o que significa que as afirmações selecionadas incorporam a idéia da afirmação anterior (OLIVEIRA, 2001).

Já a escala de Alpert, apresenta uma lista de atributos referente ao objeto que está sendo avaliado, associada a três dimensões diferentes: importância do atributo, satisfação em relação ao atributo e diferença dos atributos entre os objetos que estão sendo avaliados. A cada dimensão é atribuída uma pontuação de 1 a 5. Para o autor, a vantagem desta escala é a possibilidade de avaliar o atributo segundo três dimensões, possibilitando uma análise mais abrangente. Porém, se não for devidamente esclarecida pode causar confusões ao entrevistador e ao entrevistado.

A escala de Likert é largamente utilizada em pesquisas na área de marketing, sobre o grau de satisfação de consumidores, ou de conhecimento sobre determinado produto. É também bastante utilizada na área de psicologia, em pesquisas psicométricas variadas, para mensurar a atitude de indivíduos e grupos em relação a assuntos diversos.

Entre os estudos clássicos com a utilização da escala Likert está o realizado por Penchansky e Thomas (1991) que realizaram um estudo de satisfação do usuário utilizando os dados de uma pesquisa realizada em Rochester, New York, em 1974. A pesquisa consistiu na aplicação de questionários a trabalhadores, e às suas esposas, da Empresa General Motors. Os questionários continham 16 questões, utilizando a pontuação da Escala de Likert. Os resultados apresentados apontam, para os autores, que a população identifica as diferenças entre as dimensões do acesso. Além disso, verificaram que a “escala de fatores” e a análise estatística acumulada têm sensibilidade para mensuração dos aspectos identificados do fenômeno.

Em relação à área de saúde, a escala de Likert tem sido também muito utilizada, principalmente para a pesquisa de satisfação de usuários e trabalhadores em relação aos serviços de saúde e às condições de trabalho. Entre estes está a pesquisa qualitativa realizada por Maciel-Lima (2004), composta de entrevistas semi-estruturadas e utilizando a escala Likert, direcionadas a profissionais de saúde de 88 unidades de saúde de Curitiba, sobre a

percepção destes trabalhadores em relação à informatização e ampliação da coleta de dados gerados no atendimento e a qualidade da relação trabalhador-usuário. O instrumento foi avaliado como sensível ao assunto e demonstrou que os profissionais relacionam a queda da qualidade do serviço e a redução de vínculos pessoais ao processo de informatização.

Fernandez, Sanchez e Linares (2003) fizeram um estudo descritivo transversal, com universo de 64 pacientes usuários do Hospital Nacional Arcebispo Loayza, utilizando um questionário com escala Likert com 31 itens. As respostas tinham como alternativas: “Muito Satisfeito, Satisfeito, Mais ou menos satisfeito, Pouco satisfeito, e Insatisfeito”. A análise foi feita a partir da frequência das respostas, não sendo feitas outras análises estatísticas.

Portanto, a partir desta revisão, ficou evidenciado que a escala Likert seria a base metodológica para o desenvolvimento da ferramenta de avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade da assistência de urgência.

#### **4.2 Metodologia de avaliação da satisfação dos usuários**

A satisfação dos usuários atendidos nas emergências, apesar de ter seu conteúdo próprio de avaliação da qualidade da assistência na perspectiva dos usuários, é uma das avaliações realizadas neste estudo de múltiplos casos que se somará às outras avaliações para se obter uma avaliação mais totalizante.

Esta avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade prestada pelo hospital e pelos médicos e enfermeiros, não teve como perspectiva o critério técnico em relação à capacidade de diagnóstico, terapêutica e cura do paciente. O intuito da pesquisa foi avaliar a satisfação do usuário atendido nas unidades de urgência, identificando os principais fatores da satisfação relacionados com o atendimento dos profissionais, as condições oferecidas para garantia dos direitos dos usuários e o acolhimento pelos serviços e trabalhadores.



#### 4.2.1 Elaboração do instrumento de avaliação da satisfação dos usuários

Para elaboração do instrumento, fez-se a divisão do questionário em dois blocos: o primeiro com a caracterização do usuário e de sua chegada ao hospital e o segundo com a avaliação de satisfação dos usuários.

Para caracterização dos usuários buscou-se pesquisar algumas de suas variáveis individuais que pudessem correlacionar com a sua avaliação da qualidade da assistência ou que caracterizasse a procura à unidade: sexo, idade, estado civil, cidade em que mora, grau de escolaridade, principal ocupação, raça/cor, religião.

Na caracterização da chegada do usuário ao hospital foi investigado:

- Como chegou à unidade de saúde;
- Existência de acompanhante;
- Existência de encaminhamento formal à unidade de saúde;
- A queixa ou problema de saúde que fez o paciente vir ao hospital.

A mensuração da percepção do usuário quanto à qualidade do serviço foi subdividida nas avaliações da recepção/acolhimento, do pronto-atendimento, emergência e avaliação geral do hospital. Não foram entrevistados os que estão na sala de estabilização por se encontrarem em um momento crítico de seu atendimento. Apesar disto, não ficou comprometida a amostra em função de que grande parte dos pacientes que ali se encontram, depois de estabilizados, vão para os boxes da emergência e conseqüentemente foram entrevistados.

A partir das questões norteadoras para elaboração dos instrumentos constantes na Matriz de Elaboração dos Instrumentos, apresentadas no capítulo anterior, foram retiradas as perguntas a serem elaboradas no questionário de avaliação de satisfação dos usuários de acordo com as dimensões a serem avaliadas e onde deveriam ser avaliadas. Isto permitiria, após a elaboração do questionário, a construção do banco de dados e as várias análises a serem desenvolvidas. Ficando assim elaborado o quadro descritivo das questões a serem avaliadas:

Dimensão		Questões	Local a ser avaliado
Qualidade	Avaliação		
Dignidade e cortesia	Trabalho	Ao chegar no hospital, foi atendido de forma gentil e respeitosa?	Recepção
Dignidade e cortesia	Condições	Foi fácil entrar no hospital?	Recepção
Direito à informação	Trabalho	Na recepção, os profissionais de saúde estavam disponíveis para prestar orientações sempre que solicitados?	Recepção
Conforto	Condições	As cadeiras são confortáveis?	Recepção
Conforto	Condições	As cadeiras são em número suficiente para acomodar a todos?	Recepção
Conforto	Condições	O ambiente é limpo?	Recepção
Conforto	Condições	O ambiente é ventilado?	Recepção
Tempo de espera	Condições	Como avalia o tempo de espera para ser atendido	PA e Emerg.
Dignidade e cortesia	Trabalho	Ao ser atendido, os profissionais se comportaram de forma gentil e respeitosa?	PA e Emerg.
Dignidade e cortesia	Trabalho	Sempre que necessitou, os profissionais de saúde se prontificaram a atender às suas solicitações?	PA e Emerg.
Quali. da assistência	Trabalho	Durante a consulta o enfermeiro escutou a sua queixa de maneira atenciosa?	PA e Emerg.
Confidencialidade	Trabalho	Sentiu confiança no profissional que o atendeu para contar o seu problema de saúde?	PA e Emerg.
Quali. da assistência	Trabalho	A administração de medicamentos pela enfermagem é realizada de forma cuidadosa?	PA e Emerg.
Quali. da assistência	Trabalho	A chefia de enfermagem tem uma presença efetiva na coordenação das condutas a serem tomadas pela equipe de auxiliares?	PA e Emerg.
Quali. da assistência	Trabalho	Durante a consulta o médico escutou a sua queixa de maneira atenciosa?	PA e Emerg.
Quali. da assistência	Trabalho	Durante a consulta o médico lhe examinou de forma cuidadosa e detalhada?	PA e Emerg.
Quali. da assistência	Trabalho	O médico que lhe atendeu informou sobre qual era o problema que você tinha e qual o tratamento que iria realizar?	PA e Emerg.
Privacidade	Condições	Quando foi examinado, você foi exposto a outras pessoas que não os profissionais de saúde?	PA e Emerg.
Quali. da assistência	Condições	Há uma quantidade suficiente de profissionais para o bom atendimento?	PA e Emerg.
Dignidade e cortesia	Condições	Durante todo o período em que esteve no hospital, foi permitida a presença de acompanhante?	PA e Emerg.
Tempo de espera	Condições	Como você avalia os tempos de espera para realizar os exames laboratoriais e de imagem?	PA e Emerg.
Conforto	Condições	Os móveis são bem conservados?	PA e Emerg.
Conforto	Condições	A mesa de exames estava limpa e com lençol limpo?	PA e Emerg.
Conforto	Condições	A sala estava limpa?	PA e Emerg.
Quali. da assistência	Trabalho	A equipe de enfermagem realizava a sua higienização de forma adequada?	Emerg.
Quali. da assistência	Trabalho	A administração da dieta é realizada de forma satisfatória?	Emerg.
Conforto	Condições	As macas da emergência são providas de colchonetes confortáveis?	Emerg.
Conforto	Condições	A qualidade das refeições oferecidas pelo hospital é satisfatória?	Emerg.

Conforto	Condições	A roupa de cama é trocada com frequência?	Emerg.
Conforto	Condições	O barulho na emergência impede o seu descanso?	Emerg.
Dignidade e cortesia	Condições	Sempre que necessitou, encontrou espaço para emitir opiniões, fazer críticas e elaborar denúncias?	Geral
Direito à informação	Condições	Você quando precisou se deslocar no hospital havia sinalizações que permitiram achar o setor com facilidade?	Geral

**Quadro 1 - Descrição das questões, dimensões e locais da assistência a serem avaliados na satisfação dos usuários.**

Após a elaboração do conteúdo da avaliação da satisfação dos usuários a ser utilizado nesta pesquisa o próximo passo a ser dado foi a elaboração do formato do instrumento de pesquisa. As questões norteadoras elaboradas tais como estão só permitiriam ser utilizadas num instrumento de perguntas abertas ou a obtenção de respostas dicotômicas (sim ou não) quando realizadas através de perguntas fechadas.

Como a pesquisa optou por investigar uma amostra representativa do universo de usuários das urgências houve a necessidade da elaboração de questionário com respostas objetivas, porém, com capacidade de apreender uma gradação de respostas que permitisse expressar o grau de satisfação dos usuários.

A partir da pesquisa bibliográfica observou-se que a escala Likert (OLIVEIRA, 2001) é mais utilizada nos estudos de satisfação dos usuários, onde os entrevistados demonstram seu grau de concordância com as assertivas formuladas através de respostas do tipo concordo totalmente, concordo parcialmente, indiferente, discordo parcialmente e discordo totalmente das assertivas. Permitindo uma gradação de avaliação do usuário que vai além de respostas simples como sim ou não.

Neste sentido, a primeira opção foi pela transformação das questões norteadoras da Matriz em assertivas para a elaboração do questionário no formato da escala Likert, portanto, questões como: *Ao chegar ao hospital foi atendido de forma gentil e respeitosa? Na recepção, os profissionais de saúde estavam disponíveis para prestar orientações e encaminhamentos sempre que solicitados?* foram reelaboradas na forma de assertivas correspondentes: *Na recepção do hospital fui atendido de forma gentil e com respeito, Os profissionais de saúde estavam disponíveis para prestar orientações e encaminhamentos sempre que solicitei*, para assim os usuários expressarem seu grau de concordância.

Por mais que sejam bem elaborados os instrumentos da pesquisa, nunca são perfeitos e nunca prescindem de uma verificação empírica através da realização de um pré-teste para saber como os instrumentos de coleta de dados se comportam em uma situação real e respondidos pelo público-alvo. Desta forma, pode-se avaliar a fidedignidade, a validade e a operatividade dos questionários elaborados e, com este cuidado, poderemos fazer as correções necessárias nos instrumentos (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Portanto, no processo de elaboração do instrumento de avaliação da satisfação dos usuários as várias versões foram aplicadas, como pré-teste, com usuários de um dos hospitais que participam desta pesquisa, para avaliação da clareza do texto e da oportunidade das questões levantadas. Os questionários foram aplicados com consentimento dos usuários, sendo explicado que o questionário estava em teste e que as respostas não constariam do

banco de dados da pesquisa. Essa etapa foi importante porque ajudou o grupo a dimensionar de forma mais clara o que deveria constar do questionário do usuário, o formato adequado para avaliação dentro de um serviço de urgência e o tempo que levaria para coletar cada questionário e a adesão dos usuários.

No pré-teste desta primeira versão no formato da escala Likert foram aplicados quatro questionários. Na aplicação desta escala foram observadas algumas dificuldades:

- a) Como os usuários entrevistados eram de grau de escolaridade variada, as questões eram lidas pelo entrevistador e ao serem colocadas na forma de assertivas pelo entrevistador como: “*Na recepção do hospital fui atendido*” pedindo para que o mesmo expressasse seu grau de concordância foi de difícil compreensão pelos usuários.
- b) Houve grande dificuldade dos usuários em se identificar com uma das respostas levando a necessidade de ler as respostas mais de uma vez.

Estas dificuldades encontradas levaram a uma pouca compreensão das questões a serem avaliadas, a dificuldade de entendimento das possibilidades de resposta e a um tempo longo para aplicação do instrumento, levando à pouca adesão dos usuários à avaliação.

A segunda tentativa de elaboração do instrumento de avaliação da satisfação dos usuários foi a partir das questões que se queria avaliar, solicitar ao usuário que se posicionasse em relação a estas questões. Para tanto, todas as afirmativas foram precedidas de *Em relação a*. O segundo passo foi definir os escores da avaliação. Foram feitas duas versões de escores para as respostas. Uma versão em que se utilizaram os conceitos Ótimo, Bom, Regular, Ruim e Péssimo, ficando assim formulada: *Em relação à disponibilidade dos profissionais para dar orientações que precisou. Qual o conceito que você dá: Ótimo, Bom, Regular, Ruim e Péssimo*. Outra em que se pedia para o usuário dar uma nota de zero a dez: *Em relação à disponibilidade dos profissionais para dar orientações que precisou. Dê uma nota de 0 a 10*.

Na aplicação do pré-teste ficaram evidenciadas algumas dificuldades:

- a) Na aplicação dos questionários em que se pedia para conceituar a questão, os usuários abordados tinham dificuldades em enquadrar sua avaliação nos conceitos oferecidos, principalmente encontrando dificuldades de diferenciar ruim de péssimo e ótimo de bom, e buscavam respaldar sua opinião na definição de notas e/ou percentuais. Foi comum ouvir expressões como estas: “*Foi 100%, acho que foi bom*”, ou “*Dou nota 8, foi bom*”, ou ainda, “*Nota zero! Foi ruim*”.

b) Na aplicação da versão em que se pedia para dar uma nota de zero a dez houve uma grande familiaridade dos usuários com a possibilidade de dar notas ao que se queria avaliar. Apesar disto, a quase totalidade tendesse a dar notas extremadas, zero ou dez.

Por fim, foram aplicados questionários em que se pedia para dar nota, garantindo que o usuário estivesse visualizando as perguntas e as notas com a escala de zero a dez, para que ele visualizasse todas as possibilidades, reduzindo o risco de respostas dicotômicas, zero ou dez. Ficando o questionário desta forma:

QUESTÃO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	OBS
1. Em relação à gentileza dos funcionários na recepção. Dê uma nota de 0 a 10												

Nesta última versão houve uma boa receptividade, compreensão, adesão dos usuários e maior multiplicidade de respostas, além da redução do “cansaço” durante a entrevista. Portanto, ao se adotar estas notas, o conceito a ser dado a partir das notas ficará a critério do pesquisador de acordo com o referencial teórico.

Em todo processo de realização dos pré-testes, as questões foram aperfeiçoadas para torná-las de clara compreensão pelos usuários. Além disto, foi acrescentada uma coluna de observação (OBS) para que os entrevistadores pudessem colocar a opção de “Não se Aplica” a questão (NSA) ou “Não Respondeu” (NR).

Para elaboração da identificação do usuário as questões referentes às variáveis independentes (*sexo, estado civil, escolaridade ocupação, raça/cor*) foram colocadas alternativas fechadas cobrindo o universo de possibilidades. Na *religião* além das alternativas foi colocada a opção aberta para cobrir outras possibilidades, tendo como base a metodologia utilizada pelo IBGE para as questões demográficas (IBGE, 2003). As questões referentes à *idade e cidade onde mora* foram colocadas em aberto para serem preenchidas pelo entrevistador de acordo com as respostas dadas.

Na caracterização da chegada do usuário ao hospital a questão relativa a *como chegou à unidade* foram colocadas alternativas fechadas. Para a *queixa que o fez vir ao hospital* foi colocada a alternativa em aberto. Sobre a *presença de acompanhante e a existência de referência de outra unidade de saúde*, primeiro se perguntou sobre a existência para depois oferecer alternativas fechadas de *quem acompanhou ou encaminhou* (APÊNDICES A e B).

#### 4.2.2 Coleta de dados

Como foi visto no capítulo da Metodologia Geral serão entrevistados 420 usuários das três emergências, sendo selecionados cinco usuários atendidos por cada médico entrevistado. Estes usuários foram entrevistados durante o plantão, divididos nos turnos:

Diurno - manhã (das 7:00 às 12:00 horas) e tarde (das 13:00 às 18:00 horas).

Noturno - noite (das 19:00 às 23:00 horas) e madrugada (da 0:00 hora às 6:00 horas).

Na aplicação dos questionários, as perguntas foram feitas oralmente e as respostas foram preenchidas pelo entrevistador, colocando-se à vista do usuário as opções de respostas, pela necessidade de serem preenchidos no momento da abordagem, e para garantir que as respostas correspondam fielmente ao que o usuário quer responder.

O acompanhante pode contribuir na resposta do paciente como usuário do hospital, ou mesmo ser o responsável pelas respostas, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C) nos casos em que houver impossibilidade de resposta do paciente pela gravidade do caso ou impossibilidade de falar. Nos casos em que o usuário em atendimento seja paciente pediátrico, o acompanhante será, necessariamente, o responsável pelas respostas.

#### 4.2.3 Plano de análise dos questionários dos usuários

Para organização, processamento e análise dos dados obtidos dos questionários dos usuários, estes foram agrupados por unidades de saúde e, dentro deste agrupamento, foram subdivididos pelas entrevistas realizadas no pronto-atendimento e emergência. Depois de codificados e digitados, os dados foram analisados quanto:

- Avaliação das características pessoais dos usuários: sexo, idade, instrução, ocupação e procedência;
- Caracterização da chegada do usuário ao hospital;
- Avaliação da satisfação dos usuários;
- Correlacionar a satisfação dos usuários com suas características pessoais;
- Avaliar a satisfação do usuário em relação a:

Pronto-atendimento;  
Emergência;  
Dimensões analíticas da qualidade; e  
Dimensões da avaliação de estrutura e processo.

O **referencial analítico dos resultados** desta pesquisa foram extraídos do Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro PRO-ADESS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003); o QualiSUS (BRASIL, 2003) e o HumanizaSUS (BRASIL, 2004), estas duas últimas, políticas oficiais vigentes, durante a realização da pesquisa e que têm como objetivo elevar o nível de qualidade da assistência à saúde prestada à população pelo Sistema Único de Saúde, em particular do sistema de urgência do país.

Como foi visto no capítulo da Metodologia Geral, foram definidas como dimensões da qualidade: confidencialidade das informações, privacidade no atendimento, direito à informação, dignidade e cortesia, tempos de espera e a percepção da qualidade da assistência clínica e como dimensões da avaliação: as condições oferecidas ao usuário e a qualidade do trabalho dos profissionais.

Como as características individuais dos usuários deveriam se referir a quem respondeu o questionário e como 26 dos 420 questionários foram respondidos por acompanhantes, mas tiveram a caracterização de pacientes menores de 13 anos, foram excluídos da caracterização dos usuários e da sua associação com resultados.

A questão referente à avaliação da iluminação da emergência foi excluída de todas as avaliações, pois se considerou que não houve compreensão satisfatória do usuário em relação à pergunta.

Após a coleta dos 420 questionários dos usuários nos hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, os dados foram organizados em um banco único, em formato Excel. Em seguida, o banco de dados foi exportado para o programa SPSS 11, onde foram feitas as médias de cada questão contida no questionário, assim como, a análise de frequência das notas por usuário segundo as dimensões qualitativas e avaliativas utilizadas nesta pesquisa.

Para avaliação de cada uma das questões contidas no questionário foi feita a média por indivíduo obtida pela soma da questão dividido pelo número de usuários:

$$\text{Avaliação da questão} = \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_n}{n} = \bar{X}$$



Para avaliação das dimensões por cada usuário somaram-se as notas dadas às questões contidas na dimensão dividindo-se pelo número de questões da dimensão obtendo-se uma nota média, que é transformada em conceito:

$$\text{Avaliação da Dimensão por usuário} = \frac{Q_1 + Q_2 + \dots + Q_k}{k} = \bar{Q} = \text{Conceito}$$

As tabelas são construídas com a frequência e percentual de usuários que deram um valor médio para cada dimensão avaliada, transformados em conceitos ruim, regular e bom.

Para verificar a existência de diferenças significativas nas notas com relação às características sociais dos usuários, utilizou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, (SIEGEL, 1975) proposto para testes que envolviam três ou mais grupos independentes e que tem como base a utilização de postos. O teste consiste em ordenar os dados e atribuir um posto a cada observação. Depois se soma os postos das observações em cada grupo.

A estatística do teste de Kruskal-Wallis é dada por:

$$H = \frac{12}{N(N+1)} \left[ \sum_{i=1}^k \frac{R_i^2}{n_i} \right] - 3(N+1)$$

onde

k é o número de grupos;

$n_i$  é o número de observações em cada grupo;

$N = \sum_{i=1}^k n_i$  é o tamanho total da amostra;

$R_i = \sum_{j=1}^{n_i} R(X_{ij})$  é a soma dos postos de cada grupo.

A estatística H tem distribuição qui-quadrado com (k-1) graus de liberdade.

Quando teste de Kruskal-Wallis indicou existência de diferenças significativas, utilizou-se o teste de Mann-Whitney (SIEGEL, 1975) para comparar os grupos dois a dois. O teste segue a mesma idéia de atribuição de postos. Ordena-se e atribui-se postos onde o menor valor recebe 1 e o maior recebe N.

A estatística do teste de Mann-Whitney é dada por:

$$W_{xy} = W_s - \frac{1}{2}n(n+1)$$

Onde:

n é o número de observações no grupo controle (ou grupo 1) ;

$W_s = \sum_{i=1}^n S_i$  é a soma dos postos do grupo controle;

$S_i$  são os postos do grupo controle.

O nível de significância adotado para os dois testes é de 5%.

Para definição do que seria satisfação dos usuários foram levados em consideração que os entrevistados eram usuários que se encontravam dentro das emergências, que estavam no processo de realização dos cuidados médicos e de enfermagem e que têm um “sentimento de gratidão” que pode influenciar na percepção dos serviços públicos, dificultando uma visão mais crítica (DESLANDES, 1997; VAISTMAN; ANDRADE, 2005; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Portanto, os critérios de aprovação deveriam ser rigorosos e baseados na literatura específica. Na revisão bibliográfica, apesar da diversidade de métodos e instrumentos, a satisfação é em geral estabelecida quando o usuário avalia como bom ou muito bom e alta ou muito alta satisfação (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003; BRAGA JÚNIOR et al., 2005; DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004) ou quando dá uma nota igual ou superior a sete (GEA et al., 2001; LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991). A média geral das notas obtidas neste estudo foi 7,0. Portanto, para arbitrar sobre o que seria a satisfação do usuário com o atendimento de urgência, foi definido que seriam as avaliações com notas iguais ou superiores a sete. As notas foram agregadas em médias aritméticas para cada categoria avaliada, e dispostas segundo frequência de satisfação dos usuários.

### **4.3 Resultados da satisfação dos usuários**

#### **4.3.1 Caracterização dos usuários e de sua chegada ao hospital**

Para caracterização das faixas etárias dos entrevistados tomou-se como base as faixas adotadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e que têm como referência a pirâmide etária da população. No estudo do Ministério da Saúde são apresentadas três grandes faixas etárias: os jovens (até 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais). Em nosso estudo adotamos estas faixas com algumas diferenciações: os jovens a partir dos 13 anos (os mais jovens entrevistados) até os 19 anos, os adultos que foram subdivididos em adultos

jovens (20 a 39 anos) e em adultos mais velhos (40 a 59 anos), além dos idosos (60 anos ou mais).

Entre os usuários entrevistados observa-se que há uma predominância de adultos jovens (20-39 anos) no HR (52,4%) e HOF (56,5%) e de uma população com faixa etária maior (acima de 40 anos) no HGV (60,9%).

**Tabela 1 - Distribuição dos usuários segundo faixa etária dos entrevistados, 2007.**

Faixa etária	Hospitais						Total	
	HR		HOF		HGV		N	%
	N	%	N	%	N	%		
13 a 19 anos	9	7,3	3	2,4	5	3,6	<b>17</b>	<b>4,4</b>
20 a 39 anos	65	52,4	70	56,5	49	35,5	<b>184</b>	<b>47,7</b>
40 a 59 anos	35	28,2	35	28,2	53	38,4	<b>123</b>	<b>31,9</b>
60 anos e mais	15	12,1	16	12,9	31	22,5	<b>62</b>	<b>16,1</b>
<b>Total</b>	124	100	124	100	138	100	<b>386</b>	<b>100</b>

Nota: Além dos 26 dados pessoais de menores de 13 anos excluídos, mais 8 usuários não responderam à pergunta.

Na Tabela 2, observa-se que a distribuição segundo sexo apresentou uma maioria significativa de mulheres (63,9%), com uma frequência um pouco maior no HOF (69,2%).

**Tabela 2 - Distribuição dos usuários segundo sexo dos entrevistados, 2007.**

Sexo	Hospitais						Total	
	HR		HOF		HGV		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Feminino	75	60,0	90	69,2	86	62,3	<b>251</b>	<b>63,9</b>
Masculino	50	40,0	40	30,8	52	37,7	<b>142</b>	<b>36,1</b>
<b>Total</b>	125	100,0	130	100,0	138	100,0	<b>393</b>	<b>100,0</b>

Nota: Além dos 26 dados pessoais de menores de 13 anos excluídos, mais 1 usuário não respondeu à pergunta.

Os usuários em sua grande maioria (Tabela 3) se identificam com a raça/cor parda/morena (65,5%) e em seguida com a raça/cor branca (22,3%).

**Tabela 3 - Distribuição dos usuários entrevistados segundo identificação do usuário com raça/cor, 2007.**

Raça/Cor	HR		HOF		HGV		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Parda/Morena	84	67,2	87	66,9	87	62,6	<b>258</b>	<b>65,5</b>
Branca	22	17,6	29	22,3	37	26,6	<b>88</b>	<b>22,3</b>
Negra	17	13,6	11	8,5	11	7,9	<b>39</b>	<b>9,9</b>
Outras	2	1,6	3	2,3	4	2,9	<b>9</b>	<b>2,3</b>
<b>Total</b>	125	100	130	100	139	100	394	100

Em relação à opção religiosa (Tabela 4), a maioria dos usuários são católicos (50,8%), seguidos dos evangélicos (29,7%).

**Tabela 4 - Distribuição dos usuários entrevistados segundo opção religiosa, 2007.**

Religião	HR		HOF		HGV		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Católica	62	49,6	73	56,2	70	50,8	<b>205</b>	<b>52,1</b>
Protestante/Evangélica	30	24,0	38	29,2	41	29,7	<b>109</b>	<b>27,7</b>
Nenhuma	23	18,4	14	10,8	25	18,1	<b>62</b>	<b>15,8</b>
Espírita	5	4,0	3	2,3	1	0,7	<b>9</b>	<b>2,3</b>
Outras	5	4,0	2	1,5	1	0,7	<b>8</b>	<b>2,1</b>
<b>Total</b>	125	100	130	100	138	100	<b>393</b>	<b>100</b>

Nota: Além dos 26 dados pessoais de menores de 13 anos excluídos, mais 1 usuário não respondeu à pergunta.

Em relação ao estado civil (Tabela 5), o número de casados e solteiros era bem semelhante, porém, o número de usuários com união estável (soma dos casados com os com união consensual) era a maioria (51,6%).

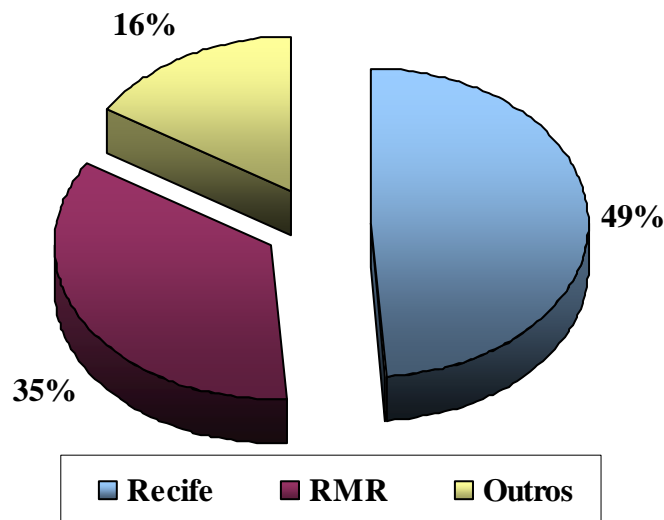
**Tabela 5 - Distribuição dos usuários segundo estado civil dos entrevistados, 2007.**

Estado Civil	Hospitais						Total	
	HR		HOF		HGV		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Solteiro	43	34,7	36	27,7	45	32,6	124	31,6
Casado	36	29,0	43	33,1	47	34,1	126	32,2
União Consensual	27	21,8	30	23,1	19	13,8	76	19,4
Separado	3	2,4	12	9,2	14	10,1	29	7,4
Viúvo	15	12,1	9	6,9	13	9,4	37	9,4
<b>Total</b>	124	100	130	100	138	100	392	100

Nota: Além dos 26 dados pessoais de menores de 13 anos excluídos, mais 2 usuários não responderam à pergunta.

A distribuição por local de residência (Gráfico 1) demonstra que aproximadamente metade dos usuários dos três hospitais reside na capital (49%) e 84% dos usuários dos

usuários eram residentes da região metropolitana, apenas 16% são usuários de municípios de outras regiões do estado e de fora do estado.



**Gráfico 1 - Distribuição dos usuários entrevistados segundo região de residência, 2007.**

Ao detalhar o resultado por município (Tabela 6), observamos que os maiores percentuais correspondem a apenas cinco municípios da região metropolitana: Recife, Jaboatão, Olinda, Paulista e Camaragibe. Embora Recife tenha o maior peso de residentes nos três hospitais, o segundo maior cliente destas unidades são os municípios fronteiriços e que tem o corredor viário desaguando nestes hospitais. No Hospital Otávio de Freitas o segundo maior usuário é Jaboatão (30%), no Hospital Getúlio Vargas o segundo é Camaragibe (9,3%) e no Hospital da Restauração o segundo maior usuário são Jaboatão (11,8%) e Olinda (11,0%).

**Tabela 6 - Distribuição dos usuários segundo município de residência dos entrevistados, 2007.**

Município de Origem	Hospitais						Total	
	HR		HOF		HGV		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Recife	65	47,8	72	51,4	69	49,3	<b>206</b>	<b>49,5</b>
Jaboatão	16	11,8	42	30,0	11	7,9	<b>69</b>	<b>16,6</b>
Olinda	15	11,0	0	0,0	2	1,4	<b>17</b>	<b>4,1</b>
Paulista	5	3,7	2	1,4	7	5	<b>14</b>	<b>3,4</b>
Camaragibe	2	1,5	0	0,0	13	9,3	<b>15</b>	<b>3,6</b>
Outros municípios	33	24,3	24	17,1	38	27,1	<b>95</b>	<b>22,8</b>
<b>Total</b>	136	100	140	100	140	100	<b>416</b>	<b>100</b>

Nota: 4 usuários não responderam a esta pergunta.

Na tabela 7, temos a população estudada segundo nível de escolaridade e percebe-se a predominância de usuários com nível fundamental (51,7%) e médio (29,3%), com um maior número de usuários sem escolaridade e com ensino fundamental no HGV. Os usuários com nível superior representaram apenas 4,8% da amostra.

**Tabela 7 - Distribuição dos usuários segundo escolaridade dos entrevistados, 2007.**

Escolaridade	Hospitais						Total	
	HR		HOF		HGV			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem escolaridade	16	12,8	19	14,7	21	15,1	<b>56</b>	<b>14,2</b>
Ensino Fundamental	64	51,2	60	46,5	79	56,8	<b>203</b>	<b>51,7</b>
Ensino Médio	38	30,4	44	34,1	33	23,7	<b>115</b>	<b>29,3</b>
Ensino Superior	7	5,6	6	4,7	6	4,3	<b>19</b>	<b>4,8</b>
<b>Total</b>	125	100	129	100	139	100	<b>393</b>	<b>100</b>

Nota: Além dos 26 dados pessoais de menores de 13 anos excluídos, mais 1 usuário não respondeu à pergunta.

Em relação ao tipo de ocupação (tabela 8) os usuários foram agregados em quatro grupos: dona de casa, estudante, profissionais com vínculo (empregados estatutário e celetista, empregador e aposentados) e profissionais sem vínculo (desempregado, empregado sem vínculo e os que trabalham por conta própria). Observa-se a predominância de donas de casa (34,2%) e usuários sem vínculo empregatício (32,7%). A distribuição é relativamente homogênea em relação aos três hospitais, embora o HR apresente um quantitativo maior de usuários sem vínculo empregatício (38,7%), o HOF apresente um quantitativo maior de donas de casa (40,0%) e o HGV uma maior proporção de trabalhadores com vínculo empregatício (30,4%).

**Tabela 8 - Distribuição dos usuários entrevistados segundo tipo de ocupação, 2007.**

Tipo de Ocupação	Hospitais						Total	
	HR		HOF		HGV			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Com vínculo	28	22,6	33	25,4	42	30,4	<b>103</b>	<b>26,3</b>
Sem vínculo	48	38,7	37	28,5	43	31,2	<b>128</b>	<b>32,7</b>
Dona de Casa	36	29,0	52	40,0	46	33,3	<b>134</b>	<b>34,2</b>
Estudante	12	9,7	8	6,2	7	5,1	<b>27</b>	<b>6,9</b>
<b>Total</b>	124	100	130	100	138	100	<b>392</b>	<b>100</b>

Nota: Além dos 26 dados pessoais de menores de 13 anos excluídos, mais 2 usuários não responderam à pergunta.

Em relação ao meio de transporte utilizado para a locomoção até o hospital (Tabela 9), observa-se que 66,6 % dos usuários chegam através de meios de transporte não

condizentes com uma situação de emergência, e apenas 33,4% dos usuários relatam ter chegado ao hospital em ambulância geral ou do SAMU-192. O HR apresenta um maior percentual de chegada em ambulância/SAMU (43,1%), que deve representar um perfil de maior gravidade e o HGV um maior percentual que chegam de carro (40,9%).

**Tabela 9 - Distribuição dos usuários segundo meio de transporte utilizado para locomoção até o hospital, 2007.**

Meio de Transporte	Hospitais						Total	
	HR		HOF		HGV		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Ambulância/SAMU192	59	43,1	43	30,9	36	26,3	<b>138</b>	<b>33,4</b>
Ônibus/Kombi	36	26,3	32	23,0	34	24,8	<b>102</b>	<b>24,7</b>
Carro	38	27,7	42	30,2	56	40,9	<b>136</b>	<b>32,9</b>
Outros	4	2,9	22	15,8	11	8,0	<b>37</b>	<b>9,0</b>
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>100</b>	<b>413</b>	<b>100</b>

Nota: 7 usuários não responderam a pergunta.

Em relação ao relato de encaminhamento por outro serviço de saúde (Tabela 10), a maioria dos usuários relataram não terem sido encaminhados por nenhum outro serviço, representando uma demanda espontânea de 62,3%, sendo maior no HOF e HGV. O HR tem um maior percentual (42,9%) de encaminhamentos formais.

**Tabela 10 - Distribuição dos usuários segundo relato de encaminhamento, 2007.**

Existência de Encaminhamento	Hospitais						Total	
	HR		HOF		HGV		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Não	80	57,1	92	65,7	89	64,0	<b>261</b>	<b>62,3</b>
Sim	60	42,9	48	34,3	50	36,0	<b>158</b>	<b>37,7</b>
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>	<b>140</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>419</b>	<b>100</b>

Nota: 1 usuário não respondeu a pergunta.

Ao comparar os encaminhamentos com o meio de transporte para ir ao hospital fica evidenciada a semelhança entre os encaminhamentos (37,6%) com a chegada ao hospital através de ambulância (33,4%).

Quando esses encaminhamentos são detalhados segundo a origem (Tabela 11), percebe-se que dos 37,6% encaminhados, 25,5% vêm encaminhados de outros hospitais sendo este percentual maior no Hospital da Restauração (31,4%).

**Tabela 11 - Distribuição dos usuários segundo o local de encaminhamento, 2007.**

Encaminhamento por Tipo de Unidade	Hospitais						Total	
	HR		HOF		HGV			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hospital	44	31,4	34	24,3	29	20,7	<b>107</b>	<b>25,5</b>
SPA	12	8,6	8	5,7	17	12,1	<b>37</b>	<b>8,8</b>
Ambulatório	2	1,4	3	2,1	2	1,4	<b>7</b>	<b>1,7</b>
SAMU	2	1,4	3	2,1	0	0,0	<b>5</b>	<b>1,2</b>
Sem Encaminhamento	80	57,1	92	65,7	92	65,7	<b>264</b>	<b>62,9</b>
<b>Total</b>	140	100	140	100	140	100	<b>420</b>	<b>100</b>

Em relação à presença de acompanhante no atendimento de urgência (Tabela 12), a grande maioria dos entrevistados relatam a presença de acompanhante (79,9%), percentual que cresce no Hospital Getúlio Vargas (87,1%).

**Tabela 12 - Distribuição dos usuários entrevistados segundo a presença de acompanhante, 2007.**

Acompanhante	Hospitais						Total	
	HR		HOF		HGV			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	107	76,4	106	76,3	121	87,1	<b>334</b>	<b>79,9</b>
Não	33	23,6	33	23,7	18	12,9	<b>84</b>	<b>20,1</b>
<b>Total</b>	140	100	139	100	139	100	<b>418</b>	<b>100</b>

Nota: 2 usuários não responderam a pergunta.

Com relação aos motivos dos usuários para procurar as emergências (Tabela 13) há uma preponderância das *causas externas* (28,6%). Esta relevância é fortemente vista no Hospital da Restauração com 43,6% das queixas. Neste hospital também pode ser observada a importância dos atendimentos de neurologia, com 14,3% das queixas. A segunda causa da procura são as queixas digestivas com 22,1%, sendo a causa predominante nos Hospitais Otávio de Freitas (32,1%) e Getúlio Vargas (20,7%), a terceira causa são as queixas respiratórias com 11,9%.



**Tabela 13 - Grupos de queixas dos usuários que motivaram a procura às emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.**

Queixas dos Usuários	Hospitais						Total	
	HR		HGV		HOF		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Causas externas	61	43,6	28	20,0	31	22,1	<b>120</b>	<b>28,6</b>
Digestivas	19	13,6	29	20,7	45	32,1	<b>93</b>	<b>22,1</b>
Respiratórias	6	4,3	16	11,4	28	20,0	<b>50</b>	<b>11,9</b>
Neurológicas	20	14,3	12	8,6	4	2,9	<b>36</b>	<b>8,6</b>
Infecção e dores em MMII	11	7,9	10	7,1	5	3,6	<b>26</b>	<b>6,2</b>
Dores musculares e articulares	7	5,0	11	7,9	5	3,6	<b>23</b>	<b>5,5</b>
Urológicas	1	0,7	9	6,4	7	5,0	<b>17</b>	<b>4,0</b>
Cardio/hipertensão	0	0,0	8	5,7	0	0,0	<b>8</b>	<b>1,9</b>
Sintomas inespecíficos	8	5,7	7	5,0	9	6,4	<b>24</b>	<b>5,7</b>
Outras queixas	7	5,0	10	7,1	6	4,3	<b>23</b>	<b>5,5</b>
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>	<b>140</b>	<b>100</b>	<b>140</b>	<b>100</b>	<b>420</b>	<b>100</b>

MMII: membros inferiores.

#### 4.3.2 Avaliação da satisfação dos usuários com o atendimento

A primeira avaliação realizada foi a avaliação por tipo de assistência realizada: o pronto-atendimento das emergências dos hospitais (atendimento de baixa complexidade, embora boa parte sejam reavaliados e encaminhados à emergência) e o atendimento na emergência destes hospitais que significa o atendimento de média e de alta complexidade (urgência e emergência, como vimos no capítulo 1). Nesta avaliação (Tabela 14) a insatisfação é de 49% e 44,3% com o atendimento no pronto-atendimento e emergência, havendo diferenças significativas de insatisfação do usuário do pronto-atendimento do HR (57,1%) e HOF (52,9%) em relação ao usuário do HGV (31,4%). Não houve diferenças significativas entre as avaliações dos usuários das emergências.

**Tabela 14 - Avaliação da satisfação dos usuários com atendimento no Pronto-Atendimento e Emergência dos Hospitais Getúlio Vargas, Restauração e Otávio de Freitas, 2007.**

Tipo de Atendimento	Hospital	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota Média	Hipótese	P-valor
		N	%	N	%				
Pronto-Atendimento	HR <sup>a</sup>	40	57,1	30	42,9	70	6,6	a x b**	0,712
	HOF <sup>b</sup>	37	52,9	33	47,1	70	6,7	a x c**	<b>0,001</b>
	HGV <sup>c</sup>	22	31,4	48	68,6	70	7,5	b x c**	<b>0,016</b>
	<b>Geral</b>	<b>103</b>	<b>49,0</b>	<b>107</b>	<b>51,0</b>	<b>210</b>		a x b x c*	<b>0,050</b>
Emergência	HR <sup>a</sup>	36	51,4	34	48,6	70	6,9		-
	HOF <sup>b</sup>	36	51,4	34	48,6	70	6,9		-
	HGV <sup>c</sup>	34	48,6	36	51,4	70	7,0		-
	<b>Geral</b>	<b>93</b>	<b>44,3</b>	<b>117</b>	<b>55,7</b>	<b>210</b>		a x b x c*	0,945

\* Teste de Kruskal-Wallis. \*\* Teste de Mann-Whitney.

Quando esta avaliação foi desmembrada na avaliação por setores do atendimento de urgência e emergência (Tabela 15) percebe-se que a recepção é o ambiente com pior avaliação nos três hospitais, com um percentual geral de 50,6% de insatisfação dos usuários, sendo maior no HR e HOF. A emergência é o setor melhor avaliado com uma maior satisfação (71,4%) no HOF. No HGV o setor melhor avaliado é o pronto-atendimento. O HR tem as piores avaliações nos três setores de atendimento avaliados.

**Tabela 15 - Avaliação da satisfação dos usuários com os setores de atendimento nas Emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Restauração e Otávio de Freitas, 2007.**

Setor de Atendimento	Hospital	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota Média	Hipótese	P-valor
		N	%	N	%				
Recepção	HR <sup>a</sup>	73	53,3	64	46,7	137	6,7	a x b**	0,308
	HOF <sup>b</sup>	77	55,0	63	45,0	140	6,3	a x c**	0,104
	HGV <sup>c</sup>	60	43,5	78	56,5	138	7,1	b x c**	<b>0,011</b>
	<b>Geral</b>	<b>210</b>	<b>50,6</b>	<b>205</b>	<b>49,4</b>	<b>415</b>	-	a x b x c*	<b>0,033</b>
Pronto-Atendimento	HR <sup>a</sup>	37	52,9	33	47,1	70	6,7	a x b**	0,246
	HOF <sup>b</sup>	34	48,6	36	51,4	70	7,1	a x c**	<b>0,004</b>
	HGV <sup>c</sup>	23	32,9	47	67,1	70	7,6	b x c**	0,105
	<b>Geral</b>	<b>94</b>	<b>44,8</b>	<b>116</b>	<b>55,2</b>	<b>210</b>	-	a x b x c*	<b>0,017</b>
Emergência	HR <sup>a</sup>	35	50,0	35	50,0	70	7,1		-
	HOF <sup>b</sup>	20	28,6	50	71,4	70	7,5		-
	HGV <sup>c</sup>	29	41,4	41	58,6	70	7,4		-
	<b>Geral</b>	<b>84</b>	<b>40,0</b>	<b>126</b>	<b>60,0</b>	<b>210</b>	-	a x b x c*	0,264

\* Teste de Kruskal-Wallis. \*\* Teste de Mann-Whitney.

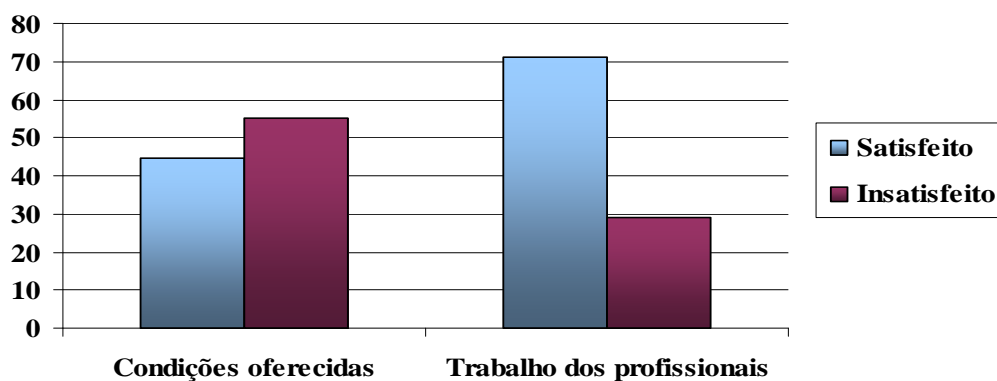
A avaliação das dimensões da avaliação: estrutura (condições oferecidas aos usuários) e processo (trabalho dos profissionais) foram realizadas de acordo com as questões de cada dimensão como visto anteriormente (Quadro 1).

A avaliação dos usuários evidencia que a satisfação com o trabalho dos profissionais é bem superior à satisfação com as condições oferecidas ao usuário (Tabela 16 e Gráfico 2). Os hospitais com maiores níveis de insatisfação com as condições oferecidas, são os da Restauração (60,7%) e Otávio de Freitas (57,9%). Quanto ao trabalho dos profissionais, é alta a satisfação no Getúlio Vargas (77,9%) e Otávio de Freitas (77,1%), a Restauração tem um percentual significativo de insatisfação (42,1%).

**Tabela 16 - Avaliação das condições oferecidas ao usuário e trabalho dos médicos e enfermeiros nas Emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.**

Dimensões	Hospitais	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota Média	Hipótese	p-valor
		N	%	N	%				
Condições Oferecidas	HR <sup>a</sup>	85	60,7	55	39,3	140	6,4	a x b**	0,502
	HOF <sup>b</sup>	81	57,9	59	42,1	140	6,5	a x c**	<b>0,010</b>
	HGV <sup>c</sup>	66	47,1	74	52,9	140	6,9	b x c**	0,083
	<b>Geral</b>	<b>232</b>	<b>55,2</b>	<b>188</b>	<b>44,8</b>	<b>420</b>	-	a x b x c*	<b>0,034</b>
Trabalho dos Profissionais	HR <sup>a</sup>	59	42,1	81	57,9	140	7,4	a x b**	<b>0,032</b>
	HOF <sup>b</sup>	32	22,9	108	77,1	140	7,8	a x c**	<b>0,013</b>
	HGV <sup>c</sup>	31	22,1	109	77,9	140	7,9	b x c**	0,520
	<b>Geral</b>	<b>122</b>	<b>29,0</b>	<b>298</b>	<b>71,0</b>	<b>420</b>	-	a x b x c*	<b>0,024</b>

\* Teste de Kruskal-Wallis. \*\* Teste de Mann-Whitney.



**Gráfico 2 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos médicos e enfermeiros nas Emergências da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.**

Ao analisar a associação entre as condições oferecidas pelo hospital e o trabalho dos profissionais com a faixa etária dos usuários (Tabela 17) percebe-se que os usuários da faixa etária 20 a 39 anos (adultos jovens) apresentam uma maior insatisfação tanto em relação às condições oferecidas quanto em relação à avaliação do trabalho dos profissionais.

**Tabela 17 - Avaliação das condições oferecidas ao usuário e trabalho dos médicos e enfermeiros segundo a faixa etária dos usuários nas Emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.**

Dimensões	Faixa Etária	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota Média	Hipótese	p-valor
		N	%	N	%				
Condições Oferecidas	13 a 19 <sup>a</sup>	8	47,1	9	52,9	17	7,0	a x b**	0,091
	20 a 39 <sup>b</sup>	115	62,5	69	37,5	184	6,2	a x c**	0,509
	40 a 59 <sup>c</sup>	68	55,3	55	44,7	123	6,7	a x d**	0,621
	60 e + <sup>d</sup>	32	51,6	30	48,4	62	6,8	b x c**	<b>0,016</b>
									b x d**
	<b>Geral</b>	<b>223</b>	<b>57,8</b>	<b>163</b>	<b>42,2</b>	<b>386</b>	-	c x d**	0,742
								a x b x c x d*	<b>0,023</b>
Trabalho dos Profissionais	13 a 19 <sup>a</sup>	2	11,8	15	88,2	17	8,2	a x b**	0,094
	20 a 39 <sup>b</sup>	65	35,3	119	64,7	184	7,4	a x c**	0,31
	40 a 59 <sup>c</sup>	34	27,6	89	72,4	123	7,8	a x d**	0,821
	60 e + <sup>d</sup>	15	24,2	47	75,8	62	8,0	b x c**	0,08
								b x d**	<b>0,017</b>
	<b>Geral</b>	<b>116</b>	<b>30,1</b>	<b>270</b>	<b>70,0</b>	<b>386</b>	-	c x d**	0,292
								a x b x c x d*	<b>0,038</b>

\* Teste de Kruskal-Wallis. \*\* Teste de Mann-Whitney.

Ao correlacionar as condições oferecidas pelo hospital e o trabalho dos profissionais com a escolaridade dos usuários (Tabela 18), observa-se que quanto maior a escolaridade menor a satisfação. Diferenças que são ainda maiores na avaliação das condições oferecidas, embora sem significância estatística.

**Tabela 18 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas ao usuário e trabalho dos médicos e enfermeiros segundo a escolaridade dos usuários nas Emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.**

Dimensões	Escolaridade	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota Média
		N	%	N	%		
Condições Oferecidas	Sem Escolaridade	26	46,43	30	53,57	56	6,91
	Ensino Fundamental	117	57,63	86	42,36	203	6,57
	Ensino Médio	70	60,87	45	39,13	115	6,35
	Ensino Superior	13	68,42	6	31,58	19	5,96
	<b>Geral</b>	<b>226</b>	<b>57,51</b>	<b>167</b>	<b>42,49</b>	<b>393</b>	-
Trabalho dos Profissionais	Sem Escolaridade	14	25,00	42	75,00	56	7,84
	Ensino Fundamental	61	30,05	142	69,95	203	7,69
	Ensino Médio	35	30,43	80	69,56	115	7,59
	Ensino Superior	8	42,10	11	57,89	19	6,88
	<b>Geral</b>	<b>118</b>	<b>30,03</b>	<b>275</b>	<b>69,97</b>	<b>393</b>	-

Nota: Além dos 26 dados pessoais de menores de 13 anos excluído, mais 1 usuário não respondeu à pergunta.

A avaliação das condições oferecidas e trabalho dos profissionais segundo o tipo de ocupação do usuário (tabela 19), demonstra que apesar da insatisfação maior dos sem vínculo empregatício estes resultados não foram estatisticamente significativos.

**Tabela 19 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas ao usuário pelo hospital e trabalho dos profissionais segundo a ocupação dos usuários nas Emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.**

Dimensões	Ocupação	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota Média
		N	%	N	%		
Condições Oferecidas	Com Vínculo	59	57,80	43	42,20	102	6,49
	Sem Vínculo	78	62,40	47	37,60	125	6,28
	Dona de Casa	71	54,60	59	45,40	130	6,51
	Estudante	15	55,60	12	44,40	27	6,75
	<b>Geral</b>	<b>223</b>	<b>58,07</b>	<b>161</b>	<b>41,93</b>	<b>384</b>	-
Trabalho dos Profissionais	Com Vínculo	31	30,40	71	69,60	102	7,70
	Sem Vínculo	43	34,40	82	65,60	125	7,36
	Dona de Casa	37	28,50	93	71,50	130	7,73
	Estudante	5	18,50	22	81,50	27	8,10
	<b>Geral</b>	<b>116</b>	<b>30,21</b>	<b>268</b>	<b>69,79</b>	<b>384</b>	-

Nota: Além dos 26 dados pessoais de menores de 13 anos excluídos, mais 2 usuários não responderam à pergunta.

Os resultados da avaliação das condições oferecidas e trabalho dos profissionais em relação ao sexo dos usuários (tabela 20) evidenciam que os usuários do sexo masculino têm uma maior insatisfação com as dimensões da avaliação, mas sem significância estatística.

**Tabela 20 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas ao usuário pelo hospital e trabalho dos profissionais segundo o sexo dos usuários nas Emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, 2007.**

Dimensões	Sexo	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota média
		N	%	N	%		
Condições Oferecidas	Masculino	88	61,97	54	38,03	142	6,38
	Feminino	137	54,58	114	45,42	251	6,63
	<b>Geral</b>	<b>225</b>	<b>57,25</b>	<b>168</b>	<b>42,75</b>	<b>393</b>	-
Trabalho dos Profissionais	Masculino	52	36,62	90	63,38	142	7,5
	Feminino	65	25,9	186	74,1	251	7,75
	<b>Geral</b>	<b>117</b>	<b>29,77</b>	<b>276</b>	<b>70,23</b>	<b>393</b>	-

Para avaliação da satisfação dos usuários de acordo com a queixa que motivou a procura do hospital foram selecionadas as causas externas e agrupadas o restante em outras causas por se tratar de emergências de trauma, podendo ser esta uma variável diferenciadora

da satisfação do usuário. Esta avaliação foi realizada em relação às condições oferecidas e trabalho dos profissionais.

Na avaliação das condições oferecidas (Tabela 21) percebe-se que os usuários do HR com queixas de causas externas apresentam um nível de insatisfação extremamente elevado (72,1%), bem superior aos demais hospitais. Ao contrário do HR, os usuários do HOF e HGV com maior insatisfação foram os com outras causas como motivo de procura às emergências.

**Tabela 21 – Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas pelo hospital, segundo tipo de queixa dos usuários que motivaram a procura às Emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.**

Tipo de Queixa	Hospital	Condições Oferecidas				Total	Nota Média	Hipótese	p-valor
		Insatisfeito		Satisfeito					
		N	%	N	%				
Causas Externas	HR <sup>a</sup>	44	72,1	17	27,9	61	6,0	a x b**	<b>0,043</b>
	HOF <sup>b</sup>	15	48,4	16	51,6	31	6,7	a x c**	<b>0,001</b>
	HGV <sup>c</sup>	10	35,7	18	64,3	28	7,3	b x c**	0,354
	<b>Geral</b>	<b>69</b>	<b>57,5</b>	<b>51</b>	<b>42,5</b>	<b>120</b>		a x b x c*	<b>0,002</b>
Outras Causas	HR <sup>a</sup>	41	51,9	38	48,1	79	6,7		
	HOF <sup>b</sup>	66	60,6	43	39,5	109	6,4		
	HGV <sup>c</sup>	56	50,0	56	50,0	112	6,8		
	<b>Geral</b>	<b>163</b>	<b>54,3</b>	<b>137</b>	<b>45,7</b>	<b>300</b>		a x b x c*	0,294

\* Teste de Kruskal-Wallis. \*\* Teste de Mann-Whitney.

Em relação ao trabalho dos profissionais (Tabela 22), os usuários que procuraram o HR com queixas de causas externas têm um nível de insatisfação (54,1%) bem superior aos do HOF e HGV, 16,1% e 14,3% respectivamente. Os usuários do HOF e HGV apresentam uma alta satisfação tanto entre os usuários com causas externas como entre os usuários com outras causas, sendo esta variável discriminadora somente em relação ao HR.

**Tabela 22 – Avaliação da satisfação dos usuários com o trabalho dos profissionais, segundo tipo de queixa dos usuários que motivaram a procura às Emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.**

Tipo de Queixa	Hospital	Trabalho dos Profissionais				Total	Nota Média	Hipótese	p-valor
		Insatisfeito		Satisfeito					
		N	%	N	%				
Causas Externas	HR <sup>a</sup>	33	54,1	28	45,9	61	6,7	a x b <sup>**</sup>	<b>0,001</b>
	HOF <sup>b</sup>	5	16,1	26	83,9	31	8,1	a x c <sup>**</sup>	<b>0,002</b>
	HGV <sup>c</sup>	4	14,3	24	85,7	28	8,1	b x c <sup>**</sup>	0,891
	<b>Geral</b>	<b>42</b>	<b>35,0</b>	<b>78</b>	<b>65,0</b>	<b>120</b>		a x b x c <sup>*</sup>	<b>0,000</b>
Outras Causas	HR <sup>a</sup>	26	32,9	53	67,1	79	7,9		
	HOF <sup>b</sup>	27	24,8	82	75,2	109	7,8		
	HGV <sup>c</sup>	27	24,1	85	75,9	112	7,9		
	<b>Geral</b>	<b>80</b>	<b>26,7</b>	<b>220</b>	<b>73,3</b>	<b>300</b>		a x b x c <sup>*</sup>	0,666

\* Teste de Kruskal-Wallis. \*\* Teste de Mann-Whitney.

Para análise das dimensões da qualidade (Quadro 1) foram selecionadas as questões de cada uma das dimensões a serem avaliadas constantes nos questionários de satisfação dos usuários atendidos no Pronto-Atendimento e Emergência (APÊNDICES A e B):

Os resultados das dimensões da qualidade nos três hospitais (Tabela 23) apresentam uma grande satisfação dos usuários com a confidencialidade das informações prestadas (83,6%) e uma mais alta insatisfação com o conforto (56%) e os tempos de espera (48,1%).

**Tabela 23 - Avaliação da satisfação dos usuários das Emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas e Otávio de Freitas, segundo as Dimensões da Qualidade, 2007.**

Dimensões da Qualidade	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota Média
	N	%	N	%		
Confidencialidade	69	16,4	351	83,6	420	8,4
Privacidade	166	40,0	249	60,0	415	5,6
Direito à informação	158	37,6	262	62,4	420	7,4
Conforto	235	56,0	185	44,1	420	6,4
Dignidade e cortesia	158	37,6	262	62,4	420	7,4
Tempos de espera	202	48,1	218	51,9	420	6,3
Assistência clínica	157	37,4	263	62,6	420	7,3

Em todas as dimensões avaliadas o HR (Tabela 24), apresenta uma baixa satisfação dos usuários, principalmente com o conforto e o tempo de espera em que se teve uma insatisfação de 60,7% e 55,0% respectivamente, mas também uma insatisfação superior a 43% com a privacidade, direito à informação, dignidade e cortesia e a assistência clínica, apenas a confidencialidade apresenta uma satisfação de 79,3%. O HGV é o melhor avaliado embora tenha também níveis baixos de satisfação para conforto e os tempos de espera. O

HOF apresenta resultados semelhantes ao HGV, mas uma insatisfação bem superior quanto à privacidade no atendimento e ao conforto.

**Tabela 24 – Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões da qualidade nas Emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.**

Dimensões da Qualidade	Satisfação do Usuário						Total		Hipótese	p-valor
	Hospitais									
	HR <sup>a</sup>		HOF <sup>b</sup>		HGV <sup>c</sup>					
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Confidencialidade	111	79,3	122	87,1	118	84,3	351	83,6	a x b x c*	0,052
Privacidade	75	54,4	80	58,0	94	67,6	249	60,0	a x b x c*	0,223
Direito à informação	80	57,1	90	64,3	92	65,7	262	62,4	a x b x c*	0,171
Conforto	55	39,3	51	36,4	79	56,4	185	44,1	a x b x c* a x c** b x c**	<b>0,0001</b> <b>0,0005</b> <b>0,0001</b>
Dignidade e cortesia	80	57,1	91	65,0	91	65,0	262	62,4	a x b x c*	0,303
Tempos de espera	63	45,0	79	56,4	76	54,3	218	51,9	a x b x c*	0,164
Assistência clínica	76	54,3	94	67,1	93	66,4	263	62,6	a x b x c*	0,1

\* Teste de Kruskal-Wallis. \*\* Teste de Mann-Whitney.

Examinando-se os resultados por cada uma das dimensões e as questões que compõem estas dimensões (Tabela 25), observa-se que:

A questão melhor avaliada da dimensão confidencialidade das informações é a confiança dos usuários em contar seus problemas aos médicos (90,5%). A privacidade do atendimento tem uma insatisfação de 45,7% e 42,05% no HR e HOF.

O direito à informação, a dignidade e cortesia no atendimento e a qualidade da assistência clínica aos usuários tem avaliações semelhantes, com grau de satisfação em torno de 65% no HOF e HGV e uma menor satisfação dos usuários do HR (em torno de 55%).

As questões melhor avaliadas em relação ao direito à informação foram as informações repassadas pelos médicos (75,2% de satisfação) e a facilidade de achar os vários setores dos hospitais (72,2% de satisfação) e a pior avaliada foi a disponibilidade dos funcionários para dar orientações, com 32,9% de insatisfação.

Quanto à dignidade e cortesia no atendimento a questão com maior satisfação foi a possibilidade da presença do acompanhante (80%), outras com satisfação superior a 70% foram a facilidade de entrar no hospital, a gentileza dos profissionais e a disponibilidade dos profissionais para o atendimento. A questão com maior insatisfação (55,3%) dos usuários foi a possibilidade de fazer reclamações e ser ouvido dentro do hospital.



As questões referentes à percepção da qualidade da assistência clínica com grande satisfação foram a paciência do médico para escutar os problemas de saúde (83,3%) e no detalhamento do exame clínico (81,6%) e a realização dos cuidados da enfermagem com a medicação (84,4%) e a dieta (82,2%). As questões com maior insatisfação foram a presença da chefia de enfermagem e a quantidade de médicos, ambas com 48% de insatisfação. A quantidade de profissionais de enfermagem e os cuidados de enfermagem na higienização apresentaram uma insatisfação de 38,7% e 35,9% respectivamente.

O conforto não é bem avaliado em nenhum dos três hospitais, tendo o HOF e o HR os mais altos níveis de insatisfação, 63,6% e 60,7% respectivamente. As questões que mais influenciam na insatisfação com o conforto são a quantidade e conforto das cadeiras, a conservação e a limpeza do mobiliário e macas. As questões com maior satisfação foram a qualidade das refeições (74,9%) e a limpeza dos hospitais (73,0%).

Em relação aos tempos de espera para ser atendido e para realização de exames, os hospitais apresentaram uma alta insatisfação em todas as emergências. Entre os tempos de espera o tempo de espera para se atendido e para realização de exames imagem apresentaram insatisfação de 43,2% e 45,7% respectivamente, a espera para realização de exames laboratoriais apresentou uma insatisfação de 37,5%.

**Tabela 25 - Avaliação das questões contidas no questionário dos usuários das Emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.** (continua)

Dimensão		Questões da Satisfação dos Usuários	Avaliação				
Qualidade	Avaliação		Insatisfeito		Satisfeito		Nota média
			N	%	N	%	
Dignidade e cortesia	Trabalho	Gentileza dos funcionários na recepção.	97	23,5	315	76,5	7,6
Dignidade e cortesia	Condições	Facilidade de entrar no hospital.	90	21,7	324	78,3	7,9
Direito à informação	Trabalho	Disponibilidade dos profissionais para dar orientações que precisou.	135	32,9	275	67,1	7,1
Conforto	Condições	Conforto das cadeiras na sala de espera.	224	56,9	170	43,1	5,2
Conforto	Condições	Quantidade das cadeiras na sala de espera.	226	57,5	167	42,5	5,1
Conforto	Condições	Limpeza da sala de espera.	113	27,0	305	73,0	
Conforto	Condições	Ventilação na sala de espera.	126	31,0	280	69,0	7,1
Tempos de espera	Condições	Tempo de espera para ser atendido.	180	43,2	237	56,8	6,2
Dignidade e cortesia	Trabalho	Disponibilidade dos profissionais do Pronto-Atendimento (PA) e da Emergência para lhe atender.	126	30,0	294	70,0	7,4
Dignidade e cortesia	Trabalho	Gentileza dos profissionais do PA e da Emergência.	101	24,2	317	75,8	7,9
Quali. da assistência	Trabalho	Paciência da equipe de enfermagem para escutar os problemas de saúde.	116	28,0	299	72,0	7,5
Confidencialidade	Trabalho	Confiança na equipe de enfermagem para contar seus problemas de saúde.	89	21,4	327	78,6	7,9
Quali. da assistência	Trabalho	Cuidados de enfermagem na administração dos seus medicamentos.	58	15,6	313	84,4	8,4
Quali. da assistência	Condições	Quantidade de profissionais da equipe de enfermagem para prestar o atendimento.	160	38,7	253	61,3	6,8
Quali. da assistência	Trabalho	Cuidados de enfermagem com a sua higienização/banho.	52	35,9	93	64,1	6,8
Quali. da assistência	Trabalho	Cuidados de enfermagem com a administração da alimentação (dieta).	19	17,8	88	82,2	8,2
Quali. da assistência	Trabalho	Presença da chefia da equipe de enfermagem na orientação das condutas a serem tomadas pelos auxiliares de enfermagem durante o seu tratamento.	180	48,4	192	51,6	5,7
Quali. da assistência	Trabalho	Paciência do médico para escutar com atenção seu problema de saúde.	70	16,7	348	83,3	8,4
Confidencialidade	Trabalho	Confiança no médico para contar seu problema de saúde.	40	9,5	379	90,5	8,8
Quali. da assistência	Trabalho	Cuidado e detalhamento do médico ao lhe examinar.	77	18,4	341	81,6	8,2
Quali. da assistência	Condições	Quantidade de médicos para prestar o atendimento.	200	48,0	217	52,0	6,2

**Tabela 25 - Avaliação das questões contidas no questionário dos usuários das Emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007. (conclusão)**

Dimensão		Questões da Satisfação dos Usuários	Avaliação				Nota média
			Insatisfeito		Satisfeito		
Qualidade	Avaliação		N	%	N	%	
Direito à informação	Trabalho	Informações repassadas pelo médico sobre seu problema de saúde e o tratamento.	102	24,8	310	75,2	7,6
Privacidade	Condições	Privacidade no seu atendimento.	166	40,0	249	60,0	6,6
Dignidade e cortesia	Condições	Permissão da presença de acompanhante.	81	20,0	324	80,0	8,0
Tempos de espera	Condições	Tempo de espera para realização dos exames laboratoriais.	78	37,5	130	62,5	6,8
Tempos de espera	Condições	Tempo de espera para realização de exames de imagem.	123	45,7	146	54,3	6,2
Conforto	Condições	Conservação dos móveis.	206	49,0	214	51,0	5,7
Conforto	Condições	Limpeza dos móveis e da maca.	171	41,0	246	59,0	6,5
Conforto	Condições	Existência de colchonete na maca.	85	42,9	113	57,1	6,7
Conforto	Condições	Limpeza do ambiente.	113	27,0	305	73,0	7,5
Conforto	Condições	Temperatura.	155	38,1	252	59,9	6,7
Conforto	Condições	Frequência da troca de lençóis.	71	34,3	136	65,7	7,0
Conforto	Condições	Refeição servida pelo hospital.	49	25,1	146	74,9	7,7
Conforto	Condições	Ruído.	82	39,0	128	61,0	6,5
Dignidade e cortesia	Condições	Possibilidade de fazer reclamações dentro do hospital e ser ouvido.	219	55,3	177	44,7	5,4
Direito à informação	Condições	Facilidade de achar os setores que você precisou no hospital, quando precisou.	116	27,8	302	72,2	7,4
-	-	Atendimento recebido no hospital, de forma geral.	96	23,0	322	77,0	7,8

Ao correlacionar as dimensões da qualidade com as características individuais dos usuários, duas variáveis individuais apresentaram diferenças significativas: a faixa etária e a escolaridade dos usuários. Os resultados apresentados em relação à faixa etária evidenciam que os mais velhos, 60 anos ou mais, são os mais críticos em relação à privacidade, assim como, os adultos jovens (20 a 39 anos) são os mais insatisfeitos em relação ao conforto (Tabela 26).

**Tabela 26 - Avaliação da satisfação dos usuários segundo as Dimensões da Qualidade e faixa etária dos usuários das Emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.**

Dimensões	Satisfação do Usuário								Hipótese	P-valor
	Faixa Etária									
	13 a 19 <sup>a</sup>		20 a 39 <sup>b</sup>		40 a 59 <sup>c</sup>		60 ou + <sup>d</sup>			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Confidencialidade	17	100,0	146	79,4	104	84,6	55	88,7	a x b x c*	0,091
Privacidade	13	76,5	100	55,0	80	66,7	30	48,4	a x b x c*	<b>0,009</b>
									a x b**	<b>0,01</b>
									a x c**	<b>0,04</b>
									a x d**	<b>0,03</b>
									c x d**	<b>0,03</b>
Direito à informação	13	76,5	107	58,2	71	57,7	42	67,7	a x b x c*	0,443
Conforto	9	52,9	68	37,0	62	50,4	29	46,8	a x b x c* b x c**	<b>0,025</b> <b>0,04</b>
Dignidade e cortesia	11	64,7	104	56,5	74	60,2	44	71,0	a x b x c*	0,05
Tempos de espera	8	47,1	86	46,7	63	51,2	39	62,9	a x b x c*	0,085
Assistência clínica	12	70,6	104	56,5	80	65,0	41	66,1	a x b x c*	0,071

\* Teste de Kruskal-Wallis. \*\* Teste de Mann-Whitney.

Em relação à escolaridade (Tabela 27), apesar da maior satisfação em geral dos usuários sem escolaridade, apenas em relação à avaliação da dignidade e cortesia há diferenças significativas, onde os usuários com nível de escolaridade média e superior têm uma menor satisfação em relação aos de menor escolaridade.

**Tabela 27 - Avaliação da satisfação dos usuários segundo as Dimensões da Qualidade e escolaridade dos usuários das Emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.**

Dimensões	Satisfação do Usuário								Hipótese	P-valor
	Escolaridade									
	Sem escolaridade		Ensino Fundamental		Ensino médio		Ensino Superior			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Confidenci- alidade	46	82,1	170	83,7	98	85,2	14	73,7	a x b x c x d*	0,177
Privacidade	28	51,9	118	58,4	71	62,8	9	47,4	a x b x c x d*	0,14
Direito à informação	37	66,1	120	59,1	71	61,7	10	52,6	a x b x c x d*	0,289
Conforto	32	57,1	92	45,3	41	35,7	7	36,8	a x b x c x d*	0,087
Dignidade e cortesia	43	76,8	126	62,1	61	53,0	8	42,1	a x b x c x d* a x c** a x d**	<b>0,05</b> <b>0,01</b> <b>0,04</b>
Tempos de espera	35	62,5	101	49,8	57	49,6	8	42,1	a x b x c x d*	0,221
Assistência clínica	37	66,1	126	62,1	70	60,9	8	42,1	a x b x c x d*	0,217

\* Teste de Kruskal-Wallis. \*\* Teste de Mann-Whitney.

Na última questão do questionário de satisfação do usuário (Tabela 28) foi solicitado ao mesmo que desse uma nota geral em relação ao atendimento recebido no hospital. Esta nota geral serviu para comparar esta avaliação geral com a avaliação das dimensões estudadas. Os resultados apresentam um bom nível de satisfação geral (77%), além de apresentar avaliações semelhantes nos três hospitais. Resultados bem diferentes dos apresentados anteriormente em relação às dimensões e aos hospitais estudados. Esta nota geral e sua diferença em relação às avaliações específicas permitirão uma discussão da robustez da metodologia adotada.

**Tabela 28 – Avaliação geral da satisfação dos usuários com o atendimento nas Emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.**

Hospital	Satisfação Geral dos Usuários				Total	Nota Média
	Insatisfeito		Satisfeito			
	N	%	N	%		
HR	34	24,5	105	75,5	139	7,6
HOF	33	23,7	106	76,3	139	7,8
HGV	29	20,7	111	79,3	140	8,0
<b>Geral</b>	<b>96</b>	<b>23,0</b>	<b>322</b>	<b>77,0</b>	<b>418</b>	-

#### 4.4 Discussão dos resultados da satisfação dos usuários

O perfil predominante dos usuários das três grandes emergências públicas do Recife é de uma população adulta jovem, do sexo feminino, com nível fundamental de escolaridade, dona de casa ou desempregada, moradora da região metropolitana. A maior presença de mulheres como usuárias dos serviços de saúde, 63,9% neste estudo, demonstra a mulher como a maior usuária das emergências, como em outros estudos (GALAZ et al., 2004; FERNANDEZ; SANCHEZ; LINARES, 2003; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006) e sua importância no papel de cuidadora da saúde da família.

Outro dado que chama atenção é a predominância de usuários do Recife (49%) e Recife com a Região Metropolitana (84%) o que significa que a grande maioria dos problemas de urgência do restante do estado está sendo “resolvida” na sua região.

Outra característica da clientela destas emergências é que a maioria chega às unidades por demanda espontânea e em meios de locomoção inapropriados para os casos de emergência, evidenciando que estes hospitais ainda atendem um grande número de pacientes com queixas de baixa complexidade, superlotando as emergências com casos que poderiam ser resolvidos em Serviços de Pronto-Atendimento, problema que ultrapassa os limites da gestão hospitalar. Como nestes hospitais estão as três maiores emergências gerais do estado de Pernambuco essa assistência nesses hospitais é um desperdício de recursos humanos e tecnológicos de alta complexidade e um desvirtuamento de sua missão institucional (FURTADO; ARAÚJO JR; CAVALCANTI, 2004).

No geral a queixa que mais motivou a procura às urgências foram as causas externas, embora, as queixas digestivas sejam predominantes nos Hospitais Otávio de Freitas e Getúlio Vargas. O Hospital da Restauração com 43,6% de causas externa como motivo de procura à urgência, com uma maior demanda referenciada (42,9%) e com a utilização de 43,1% de ambulância como meio de locomoção ao hospital, caracteriza-se como um hospital de perfil assistencial de urgência de maior complexidade ou gravidade dos casos, dados que impactarão nos resultados da satisfação dos usuários com este hospital, como será visto adiante.

A constatação de que a recepção/acolhimento é o setor de atendimento com maior insatisfação dos usuários evidencia que o primeiro contato do usuário com a unidade de saúde é pouco acolhedor. Como sabemos que é no setor de emergência que se encontra a maior superlotação, macas nos corredores e a maior gravidade dos casos, a melhor avaliação da emergência talvez esteja relacionada com a percepção de “resolutividade” pelo usuário.

Assim como encontrado por O'Dwyer, Matta e Pepe (2008) na avaliação da qualidade do atendimento ficou evidenciado que o trabalho dos profissionais é o componente melhor avaliado pelos usuários. A insatisfação com as condições oferecidas foi unânime nos três hospitais, resultado semelhante ao encontrado por Nascimento (2004). Estes hospitais avaliados apesar de contarem com uma incorporação tecnológica compatível com seu grau de complexidade, apresentam precárias condições de atendimento aos usuários, com uma estrutura arquitetônica ultrapassada e mobiliário não condizente com a situação vivida pelo usuário, como será visto nos próximos capítulos.

Embora a insatisfação, em relação às condições oferecidas e trabalho dos profissionais, seja maior entre os usuários de maior escolaridade, os resultados não foram estatisticamente significantes, assim como, não houve correlação com a profissão e sexo dos usuários. As variáveis que demonstraram maior sensibilidade nas correlações foram a faixa etária do usuário e a queixa que o levou a procurar os hospitais.

Os adultos jovens apresentam uma maior insatisfação com as condições oferecidas e com o trabalho dos profissionais e como esta faixa etária representa 48% dos usuários, esta criticidade destes usuários determina um maior nível de insatisfação na avaliação. Um outro estudo realizado para identificar fatores associados com a satisfação de pacientes internados (THI, 2002) evidenciou a idade mais avançada do paciente como um dos mais fortes preditores da satisfação.

A altíssima insatisfação com as condições oferecidas e o trabalho dos profissionais dos usuários com queixas de causas externas do HR não é acompanhada da mesma avaliação dos usuários com queixas de causas externas do HOF e HGV, ao contrário, nestes hospitais a maior insatisfação está entre os usuários com outras causas de procura ao hospital. Como o número de usuários com causas externa do HR é mais que o dobro em relação aos outros hospitais e como o HR apresenta um perfil de maior complexidade e conseqüentemente um maior número de politraumatizados com maior gravidade, esta maior gravidade determina uma maior necessidade do suporte hospitalar e uma menor autonomia dos usuários e conseqüentemente uma maior dependência dos recursos humanos do hospital, talvez sejam estas as justificativas dessa maior insatisfação dos usuários com causas externas.

Na análise das dimensões da qualidade fica evidenciado que apenas a confidencialidade das informações ultrapassa um nível de satisfação superior a 70%. Apesar da grande insatisfação com o tempo de espera, esta insatisfação foi superada pela avaliação do conforto, assim como chama atenção a alta insatisfação com a privacidade no atendimento. Em outros estudos o tempo de espera, também é motivo de grande insatisfação (BRAGA

JÚNIOR et al., 2005; GALAZ et al., 2004), como este estudo refere-se a unidades de emergência e que tem uma boa satisfação com a facilidade em entrar no hospital, a pouca satisfação com os tempos de espera refere-se mais aos tempos internos para realização dos vários procedimentos.

A avaliação dos usuários em relação ao conforto e tempos de espera corrobora com a evidência de que nestes serviços pacientes estão “internados” por longo período em macas nos corredores das emergências, demonstrando que políticas de qualificação não estão sendo plenamente implantadas e que a gestão da assistência clínica não está tendo a efetividade necessária (FURTADO; ARAÚJO JR; CAVALCANTI, 2004; GUSMÃO-FILHO, 2008).

As características individuais dos usuários que apresentaram diferenças na avaliação das dimensões da qualidade foram a faixa etária e a escolaridade dos usuários. A maior insatisfação dos idosos em relação à privacidade, ou seja, à sua exposição física a outros é coerente com um maior pudor dos mais velhos, assim como, tem coerência uma avaliação de maior insatisfação dos usuários com maior escolaridade em relação à dignidade e cortesia, que estão mais relacionadas a uma consciência e direito de cidadania.

As questões componentes do questionário que mais contribuem para uma maior satisfação dos usuários são referentes à ação dos profissionais médicos, da equipe de enfermagem e da recepção, principalmente as referentes aos cuidados dos profissionais com os pacientes. Mas, também chama atenção a avaliação positiva de questões como a facilidade em entrar no hospital, a limpeza do ambiente, a refeição servida e a possibilidade da presença do acompanhante na emergência. A presença do acompanhante também foi relatada em outro estudo sobre satisfação das mulheres com a assistência ao parto (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004) como fator que contribui para a satisfação das parturientes. A satisfação com estas questões evidencia alguma evolução na qualificação, a permissão do acompanhante é uma conquista recente, provavelmente devido ao início da implantação de políticas como o QualiSUS (BRASIL, 2003) e HumanizaSUS (BRASIL, 2004) nestes hospitais.

A quantidade e conforto das cadeiras, a conservação e limpeza do mobiliário e macas, o barulho no ambiente hospitalar, os tempos de espera, a pouca possibilidade de fazer reclamação e ser ouvido, a presença do chefe de enfermagem na orientação de condutas e a quantidade de médicos na emergência, são questões que contribuem para a maior insatisfação do usuário. A queixa em relação à quantidade de médicos não tem uma explicação tão evidente porque estes hospitais contam com 20 a 30 médicos, além de residentes, de plantão em cada turno.



Entre as emergências dos hospitais a menor insatisfação com o atendimento é no HGV que pode ser devido a um atendimento de melhor qualidade. Porém, a clientela desta emergência tem algumas características que podem explicar esta melhor avaliação: predomínio de usuários de maior idade, com mais baixa escolaridade, menor número de pacientes que chegam de ambulância e menor número de causas externas. Características dos usuários e de sua chegada ao hospital que contribuem para uma menor criticidade dos usuários.

O Hospital da Restauração tem a avaliação de maior insatisfação em relação aos setores de atendimento do hospital, condições oferecidas, trabalho dos profissionais e dimensões da qualidade. Como nesta emergência predominam adultos jovens, desempregados e maior número de pacientes que chegam ao hospital de ambulância e com causa externas como motivo de procura ao hospital, características que demonstraram ser as responsáveis por um perfil de maior insatisfação dos usuários, talvez sejam responsáveis pela pior avaliação.

O Hospital Otávio de Freitas na avaliação dos setores de atendimento tem a melhor avaliação da emergência e a maior insatisfação com a recepção. Quanto a avaliação das dimensões da qualidade tem uma avaliação semelhante ao Getúlio Vargas, com exceção da privacidade em que há uma grande insatisfação. O perfil de seus usuários é de uma população adulta jovem, com maior escolaridade, características de maior criticidade, mas que é também formada majoritariamente por usuárias, donas de casa com menor percentual de queixas de causas externas, características de menor criticidade. Este perfil ambíguo de sua clientela e o menor adensamento de complexidade e gravidade de seus casos justifica esta avaliação intermediária entre os hospitais pesquisados.

A avaliação dos usuários no momento de seu atendimento de urgência exige uma grande valorização da sua análise crítica e os resultados demonstram que estes hospitais têm um longo caminho a percorrer para sua qualificação. Os resultados demonstram que apesar da grande relevância social do trabalho e dos resultados clínicos alcançados por estes hospitais, sua avaliação fica comprometida por questões aparentemente simples, mas que envolvem principalmente um grande investimento gerencial.

A qualificação da atenção às urgências preconizadas pelo QualiSUS e HumanizaSUS (BRASIL, 2003; 2004), referencial analítico desta pesquisa, pressupõe mudanças internas com a implantação do: acolhimento, humanização, reorganização do fluxo e dos espaços internos de acordo com a gravidade do caso e a priorização dos leitos do hospital para o usuário da emergência. Esta qualificação exige uma mudança de atitude gerencial e tem como elemento central a ação humana através da participação dos trabalhadores destes hospitais na

sua implantação. Como o trabalho dos profissionais teve a melhor avaliação constatada nesta pesquisa, apesar da possibilidade de termos aí um “viés de gratidão” (BERNHART et al., 1999), revela a existência de alguma condição interna necessária para esta mudança.

A unidade de emergência é uma importante porta de entrada no sistema de saúde e a sua qualificação vai além do ambiente hospitalar, pressupõe a regulação do Sistema de Urgência. Regulando a entrada nas emergências e redistribuindo os casos de menor complexidade para a rede de assistência às urgências organizada por nível de complexidade, assim como, realizando uma efetiva regulação dos leitos hospitalares, possibilitará o atendimento e a internação dos que chegam às emergências de acordo com a especialização, grau de complexidade e distribuição espacial da rede hospitalar. Com isto, diminuiria o tempo de permanência dos pacientes e seriam desobstruídas as emergências de alta complexidade, permitindo a qualificação interna das unidades de emergência.

A avaliação muito positiva quando se pediu para dar uma nota geral ao atendimento nos hospitais, resultado muito diferente das demais avaliações realizadas neste trabalho, demonstra que avaliações gerais, pouco explicitadoras do que se quer avaliar, contribuem muito pouco para se ter uma avaliação mais fidedigna do usuário. Os resultados obtidos neste trabalho evidenciam que a metodologia adotada foi capaz de captar a (in)satisfação do usuário, por ser discriminadora dos vários aspectos da assistência que se quis avaliar.

Os resultados desta pesquisa apresentam um nível de satisfação diferente de outros estudos sobre satisfação com o atendimento à urgência como o realizado por Gea et al (2001) no Servicio de Urgencia del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Neves, na cidade de Granada, Espanha, em que a proporção de usuários satisfeitos foi de 90%. A investigação de Braga Júnior et al (2005) sobre a epidemiologia e o grau de satisfação do paciente vítima de trauma músculo-esquelético atendido em hospital de emergência da rede pública brasileira, Fortaleza – Ceará, Brasil, em que encontrou uma satisfação de 89%. Outros estudos sobre satisfação com a hospitalização têm avaliações de satisfação superiores a 70% no Brasil (GOUVEIA et al., 2005; DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004) e superiores a 80% na América do Sul (ALVARADO; VERA, 2001; FERNANDEZ; SANCHEZ; LINARES, 2003).

Para entender as diferenças de avaliações encontradas, tem que se levar em consideração a diversidade de métodos, técnicas e instrumentos utilizados nas diversas pesquisas que tornam as comparações difíceis de serem realizadas. Pesquisar a satisfação no momento da assistência dentro das emergências talvez tenha sido o fator determinante da criticidade dos usuários desta pesquisa.

## Referências

- ALVARADO, R.; VERA, A. Evaluación de la satisfacción de usuarios de hospitales del sistema nacional de servicios de salud em Chile. **Revista Chilena de Salud Pública**, Santiago, v. 5, n.2 p. 81-89, 2001.
- BERNHART, M. H. et al. Patient satisfaction in developing countries. **Social Science & Medicine**, New York, v. 48, n. 8, p. 989-996, 1999.
- BRAGA JÚNIOR, M. B. et al. Epidemiologia e grau de satisfação do paciente vítima de trauma músculo-esquelético atendido em hospital de emergência da rede pública brasileira. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 137-40, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **QualiSUS: Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Textos Básicos de Saúde, Série B. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2006**. Uma análise da desigualdade em saúde. Estatística e Informação em Saúde, Série G. Brasília, DF, 2006.
- CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-443, 2006.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília, DF, 2003.
- DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, 1997.
- DINSDALE, G. B. et al. **Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros**. Brasília: ENAP n° 20, 2000.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, sup.1, p. S52-S62, 2004.
- DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

FERNANDEZ, M. B. T.; SANCHEZ, M. P. B.; LINARES, X. G. Nivel de satisfacción general y analisis del relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. **Revista Médica Herediana**, Lima, n.14, p. 175-180, 2003.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). **Projeto - Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)**. Relatório final. Rio de Janeiro, 2003.

FURTADO, B. M. A.; ARAÚJO JR, J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 279-289, 2004.

GALAZ, C. et al. Patrones de conducta de los usuarios de un servicio de urgencia adosado a Hospital Tipo 4. **Revista Chilena de Salud Pública**, Santiago, n. 8, p. 84-92, 2004.

GEA, M. T et al. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del centro médico-quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. **Revista Calidad Asistencial**, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 37-44, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOUVEIA, G. C. et al. Health care user satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, supl, n. S109-S118, 2005.

GUSMÃO-FILHO, F. A. R. **Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política QualisUS – em três hospitais do município do Recife**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CPqAM/FIOCRUZ, Recife, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BRASIL). **Metodologia do censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: Série relatórios metodológicos; vol. 25, 2003.

JUNQUEIRA, L. A. P.; AUGÉ, A. P. F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cadernos FUNDAP/Fundação do Desenvolvimento Administrativo**, Qualidade em Saúde, São Paulo, n. 19, p. 60-78, 1996.

KOTAKA, F. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 171-177, 1997.

LEMME, A. C.; NORONHA, G.; RESENDE, J. B. A satisfação do usuário em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 41-46, 1991.

MACIEL-LIMA, S. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 502-511, 2004.

MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cadernos FUNDAP/Fundação do Desenvolvimento Administrativo**, Qualidade em Saúde, São Paulo, n. 19, p. 07-24, 1996.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

NASCIMENTO, V. S. **Os desafios do trabalhador de enfermagem no setor de emergência de um hospital público**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008.

OLIVEIRA, T. M. V. Escalas de mensuração de atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. **Revista Administração on line FECAP**, São Paulo, v. 2, n. 2, 2001. Disponível em: [http://www.fecap.br/adm\\_online/adol/artigo.htm](http://www.fecap.br/adm_online/adol/artigo.htm), Acessado em 07/02/2006.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The Concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Medicine Care**, Philadelphia, v. 19, n.2, p. 127-140, 1981.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A Motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 7-12, 2001.

RICHARDSON, R. J. - **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, 1999.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica: para as ciências do comportamento**. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1975.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. New York, Oxford University Press, 2003.

THI, P. L. N. et al. Factors determining inpatient satisfaction with care. **Social Science & Medicine**, New York, v. 54, n. 4, p. 493-504, 2002.

TRAD, L. A. B et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VAISTMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

## **5 MÉDICOS E ENFERMEIROS: Suas motivações para o trabalho nas emergências e as condições de trabalho oferecidas pelos hospitais**

### **5.1 Introdução**

Partindo do pressuposto da determinância do componente da ação humana em todo o processo do cuidado da saúde, seja ela a ação do profissional finalístico, seja a ação do usuário que busca o serviço, esta avaliação buscará discutir as motivações dos profissionais através dos valores relativos ao trabalho, e a sua percepção das condições objetivas oferecidas para o desenvolvimento do trabalho, atuando de forma significativa sobre a qualidade da prestação de serviços.

A discussão sobre a influência do trabalho do profissional de saúde na qualidade do atendimento prestado ao usuário dos serviços de saúde não é recente, e vem sendo bastante discutida nos últimos anos. Estudos revelam que características específicas do médico podem ter peso nessa questão. A idade, por exemplo, e o tempo de trabalho, seriam características que comporiam um padrão de atendimento médico. Estudos revelam que médicos mais jovens, ou ainda em formação atendem seus pacientes de forma mais compreensiva e dedicada, já os médicos mais velhos, com mais tempo de trabalho, por confiarem em sua experiência e julgamento clínico, tenderiam a reduzir o tempo dedicado ao paciente (DUTTON, 1986).

Feliciano et al (2005) em recente estudo sobre o *burnout* entre profissionais de urgências pediátricas (médicos e enfermeiros) do Recife, lembram que é possível compreender os sentidos que os profissionais dão ao trabalho a partir de seus valores relativos aos diversos conteúdos do trabalho. Os autores ressaltam que os profissionais de saúde de urgências pediátricas “entrelaçam” o sentimento de responsabilidade pela vida dos pacientes com a desmotivação gerada pelas insuficientes condições de trabalho e desvalorização profissional, situação que repercute sobre a vida mental dos profissionais e, conseqüentemente, sobre “as suas respostas diante das situações de trabalho”. As autoras concluem, ao contrário dos achados de Dutton (1986), que há uma relação inversamente proporcional entre tempo de trabalho e motivação frente ao trabalho: Os mais jovens enfrentariam as contradições do trabalho com mais desesperança; os mais velhos, mesmo sofrendo, saberiam extrair experiências positivas do contexto de trabalho ou teriam fortalecido o sentimento de trabalho como missão. Portanto, a relação entre tempo de trabalho

e motivação não é absoluta e pode variar de acordo com as características do serviço, momento da avaliação ou perfil dos profissionais.

Entre os fatores de desgaste no ambiente de trabalho, um dos mais discutidos e de importância inconteste é a questão das condições do ambiente físico do trabalho. Para Dejours (1998) o investimento nas condições objetivas oferecidas para o desempenho no trabalho (como condições de higiene, segurança e equipamentos relativos às características específicas do trabalho) é um caminho para evitar a insatisfação com o trabalho. Além disso, como bem lembra Marziale e Carvalho (1998), o hospital é um ambiente que apresenta riscos à saúde e à integridade física dos trabalhadores, sejam riscos decorrentes de fatores biológicos, físicos, químicos, psicossociais e ergonômicos, o que exige um olhar diferenciado para os componentes da situação de trabalho.

A motivação no trabalho não é abstrata e tem raízes na organização, no ambiente externo e no próprio indivíduo. Uma pessoa motivada é produto dessas condições. A motivação no trabalho é um estado de espírito positivo que permite a realização das tarefas do cargo e do pleno potencial do indivíduo (AQUINO, 1980). Portanto, debruçar sobre estas condições de trabalho oferecidas pelos hospitais e as motivações dos médicos e enfermeiros para o trabalho em unidades de emergência e sua interação são elementos importantes para compreensão da qualidade da assistência prestada por estes profissionais nas condições concretas em que prestam assistência à população.

A revisão sobre as pesquisas mais atuais sobre as relações humanas no trabalho em saúde evidenciou a existência de instrumentos, no campo da psicologia social, ou psicologia organizacional e do trabalho, já destinados a aferir especificamente: a motivação, os valores, o significado do trabalho, ou a percepção do trabalho, entre outros construtos.

A existência, inclusive de uma grande variedade de instrumentos, com abordagens distintas, direcionados a públicos com perfis específicos, do ponto de vista cultural ou organizacional, e centrados em construtos e conceitos distintos, tem dificultado a possibilidade de fazer leituras comparativas entre diferentes pesquisas, ou mesmo a possibilidade de aplicação destes instrumentos em outros contextos (BORGES; ALVES FILHO, 2001).

Gonçalves (1987) realizando uma revisão da “teoria da motivação humana” identificou como sua raiz básica o atendimento, em cada instante, das necessidades essenciais do homem. Ele reuniu três grupos fundamentais: as necessidades fisiológicas, as necessidades de amor e estima e as de auto-realização. As necessidades fisiológicas compreendem todo o conjunto de funções essenciais que devem ser atendidas para que a vida humana seja

preservada, inclusive a segurança física, de trabalho e familiar ligada à estabilidade matrimonial; as necessidades emocionais fazem com que o homem deseje ter amigos, aspire construir uma família; e para as necessidades de auto-realização precisa o homem dispor de condições e instrumentos para atingir todas as suas potencialidades. Estas necessidades, segunda esta teoria são acumulativas, ou seja, quando as necessidades fisiológicas estão atendidas outras necessidades surgem, de amor e finalmente a auto-realização.

Outra abordagem da motivação para o trabalho é a Teoria dos Valores Individuais Básicos proposta por Schwartz e descrita por Borges (1999) que faz uma classificação dos valores de trabalho em dez tipos, a saber: autodeterminação (independência de pensamento e ação), universalismo ou filantropia (preocupação com o bem-estar de todos), benevolência (interesse e preocupação com o bem-estar de pessoas íntimas), auto-realização (meta de sucesso e de demonstração de competência), hedonismo (prazer e gratificação pessoal), conformidade (controle pessoal de acordo com as expectativas sociais), tradição (respeito e aceitação dos ideais e costumes da sua sociedade), estimulação (busca de excitação e mudança), segurança (estabilidade da sociedade e de si mesmo) e poder (busca de status social, prestígio e controle).

O desenvolvimento de instrumentos para avaliação de valores relativos ao trabalho que levam à motivação, é um campo da psicologia social que desenvolve e valida instrumentos, e a partir daí podem ser aplicados em diversos campos da pesquisa em particular na área da saúde. Porto e Tamayo (2003) realizando uma revisão dos principais instrumentos identificaram: o inventário de Super como entre os primeiros e mais utilizados instrumentos desenvolvidos para avaliar os valores relativos ao trabalho; o Questionário de Importância de Minnesota que é outra medida bastante utilizada; e o Questionário de Valores do Trabalho desenvolvido por Elizur a partir da literatura sobre valores relativos ao trabalho e motivação.

Borges (1999) propõe o Inventário do Significado do Trabalho, que serve de instrumento para medir a distinção entre atributos valorativos e descritivos. Os atributos valorativos consistem em uma definição do que “deve ser” o trabalho. São, portanto, os valores do trabalho. Os atributos descritivos referem-se, então, à percepção do trabalho concreto, ou seja, caracterizam o trabalho como ele é. Foram identificados quatro fatores entre os atributos valorativos: independência financeira e prazer, justiça no trabalho, esforço físico e aprendizagem e dignidade social. Entre os atributos descritivos foram identificados dois fatores designados de: expressão e independência financeira, e execução e função social. Posteriormente, Borges e Alves Filho (2001) adaptaram o Inventário do Significado do



Trabalho para profissionais de saúde e bancários, propondo o Inventário da Motivação e do Significado de Trabalho.

Porto e Tamayo (2003) criaram A Escala de Valores Relativos ao Trabalho - EVT. Os quatro fatores que estão englobados nesta escala são:

- Realização no trabalho - que se refere à busca de prazer e realização pessoal e profissional, bem como de independência de pensamento e ação no trabalho por meio da autonomia intelectual e da criatividade;
- Relações sociais - que se refere à busca de relações sociais positivas no trabalho e de contribuição positiva para a sociedade por meio do trabalho;
- Prestígio – que se refere à busca de autoridade, sucesso profissional e poder de influência no trabalho; e
- Estabilidade - que se refere à busca de segurança e ordem na vida por meio do trabalho, possibilitando suprir materialmente as necessidades pessoais.

Esta escala possui bons índices de confiabilidade podendo ser utilizada em pesquisas e diagnósticos, o que favorece os estudos de valores. Este instrumento contribui significativamente para a compreensão das motivações para o trabalho e para o desenvolvimento de pesquisas sobre os valores relativos ao trabalho como: as escolhas de alternativas de trabalho, de comportamentos no trabalho e avaliações do contexto de trabalho (PORTO; TAMAYO, 2003).

Entre as avaliações sobre motivação para o trabalho, particularmente dos profissionais de saúde no Brasil, destacam-se o trabalho realizado por Pasti (1999), Silva (2001), Pereira e Fávero (2001), Borges (2003). O estudo realizado por Pasti (1999) tinha como objetivo traçar o perfil motivacional do enfermeiro atuante em um hospital geral do interior paulista e foi utilizado o inventário MOSE de autoria de Romero-Garcia & Salon de Bustamante, que foi traduzido e adaptado à língua portuguesa, tendo já sido validado e empregado anteriormente por outros pesquisadores. Trata-se de um inventário sobre motivação, composto por doze sub-escalas distintas, em formato Likert, apresentando as seguintes opções de resposta: totalmente em desacordo (1); bastante em desacordo (2); ligeiramente em desacordo (3); ligeiramente em acordo (4); bastante em acordo (5); totalmente em acordo (6).

No trabalho realizado por Silva (2001), com o título: Escala padrão do questionário de motivação para o trabalho para os trabalhadores nos grupos de enfermagem da cidade de Porto Velho - Rondônia, ele utiliza o Questionário de Motivação para o Trabalho (QMT) desenvolvido por Fernando Toro. Este questionário apresenta como um dos mais completos

não só pela abrangência dos fatores que mede como também por ser um instrumento utilizado em outros países latino-americanos o que pode apresentar vantagens quando de comparações entre perfis de culturas diversas.

Pereira e Fávero (2001) em estudo realizado para a avaliação da motivação no trabalho da equipe de enfermagem, utilizaram como instrumento de coleta entrevistas composta de questões abertas, norteadoras do estudo. São elas: "No seu dia-a-dia quais situações contribuem para você sentir-se motivado?"; "Quais situações contribuem para você sentir-se desmotivado?"; "Quais medidas poderiam ser tomadas para elevar a motivação entre os elementos da equipe de enfermagem?". Tendo como principal resultado o "trabalho em si" como sendo a categoria mais citada como motivadora e, segundo os autores confirmando a relação entre "a assertiva de que os fatores relacionados ao próprio trabalho, às tarefas e deveres relacionados ao cargo em si, recompensam o indivíduo".

Borges (2003) em seu livro *Os profissionais de saúde e seu trabalho* que entre outras avaliações analisa o significado do trabalho e as motivações para o trabalho entre os profissionais da rede básica de saúde do SUS de Natal explorando a relação entre a motivação e os padrões do significado trabalho.

## 5.2 Metodologia

### 5.2.1 Elaboração do instrumento de avaliação

O instrumento de coleta de dados desta avaliação é um instrumento único composto por três blocos de avaliação: a motivação, as questões relativas às condições do trabalho e as questões relativas à caracterização dos médicos e enfermeiros, profissionais de nível superior e que estão envolvidos na assistência e em contato direto com os usuários das unidades de emergência.

#### **Motivação dos profissionais**

Num primeiro momento de elaboração do projeto, pensou-se em construir um instrumento para identificar as motivações dos profissionais. Porém, a pesquisa sobre os instrumentos para identificar os fatores que levariam a motivação dos profissionais de saúde acerca do trabalho realizado, e, conseqüentemente, sua influência na qualidade do serviço

prestado, evidenciou a existência de instrumentos de mensuração, no campo da psicologia social, ou psicologia organizacional e do trabalho, já destinados a aferir especificamente: a motivação; os valores; o significado do trabalho; ou a percepção do trabalho.

Os valores relativos ao trabalho são definidos como princípios ou crenças sobre metas ou recompensas desejáveis, hierarquicamente organizados, que as pessoas buscam por meio do trabalho e que guiam as suas avaliações sobre os resultados e contexto do trabalho, bem como, o seu comportamento no trabalho e a escolha de alternativas de trabalho (PORTO; TAMAYO, 2003).

Há uma estreita e fundamental relação entre motivação e valores. Isso se dá, segundo Tamayo e Paschoal (2003), porque os valores são mediadores da relação das necessidades com as metas dos indivíduos e estas últimas regulam os três elementos básicos da motivação: intensidade, direção e persistência do esforço.

A partir da revisão bibliográfica sobre avaliação dos valores do trabalho optou-se pela utilização da Escala de valores relativos ao trabalho - EVT, elaborada por Porto e Tamayo (2003), por ser um instrumento que além de já ter sido validado, portanto, podendo ser aplicado por qualquer pesquisador, é específico para avaliação de profissionais de saúde de nível superior.

Os quatro fatores que estão contidos nesta escala, como foram vistos antes, são: realização no trabalho, relações sociais, prestígio e estabilidade.

A Escala de Valores relativos ao Trabalho (EVT) é composta por 45 itens, formatada como escala do tipo Likert (APÊNDICE D). Os itens compõem os quatro fatores identificados pelos autores, conforme quadro abaixo:

<b>Correspondência entre os fatores e itens da EVT</b>	
<b>FATOR</b>	<b>ITENS</b>
Fator Realização Profissional	10, 13, 39, 16, 24, 7, 30, 5, 12, 14, 44, 40, 4, 41, 8
Fator Relações Sociais	36, 20, 29, 3, 19, 28, 45, 23, 26, 32, 11, 21
Fator Prestígio	42, 25, 33, 22, 27, 17, 34, 31, 6, 15, 38
Fator Estabilidade	1, 43, 9, 2, 18, 35, 37

**Quadro 1 - Correspondência entre os fatores e itens da EVT**

As orientações de preenchimento da escala estão no cabeçalho, em seguida, são dispostos os itens, com a numeração para gradiente de importância ao lado, e é posta a pergunta: “Como Princípio Orientador em Minha Vida no Trabalho neste Hospital, esse

motivo é ?: 1. Nada importante; 2. Pouco importante; 3. Importante; 4. Muito importante; e 5. Extremamente importante”.

Estrutura da EVT

<b>É importante para mim:</b>					
1. Estabilidade financeira	1	2	3	4	5
2. Ser independente financeiramente	1	2	3	4	5

### **Condições de trabalho oferecidas pelos hospitais**

Como as condições estruturais de trabalho nos grandes hospitais brasileiros são consideradas pontos críticos do atendimento e considerando que as condições de trabalho influem no desempenho e na motivação para o trabalho do profissional foi definida a realização da avaliação das condições de trabalho oferecidas pelos hospitais. As condições de trabalho são o principal preditor da força motivacional. Investimentos para melhorar essas condições são, sem dúvida, o primeiro passo para recuperar a motivação daqueles que estão perdendo o ânimo (ALVES FILHO; BORGES, 2005).

Esta avaliação foi realizada através de dezessete questões sobre estas condições, definidas a partir do referencial teórico estudado e da realidade dos hospitais em estudo, que analisará as seguintes dimensões das condições de trabalho:

Conforto.

- Conforto como condição de trabalho;
- Limpeza do ambiente;
- Condições de repouso para os profissionais, oferecida pelo hospital;
- Qualidade da refeição oferecida.

Equipamentos e insumos.

- Disponibilidade dos equipamentos de trabalho;
- Manutenção dos equipamentos;
- Quantidade de materiais para desenvolver as atividades (medicamentos, descartáveis etc).

Quantidade de profissionais.

- Quantidade de médicos no serviço;
- Quantidade de enfermeiros no serviço;
- Quantidade de pessoal auxiliar no serviço.

Meios de diagnósticos e terapêuticos.

- Suporte do serviço de laboratório;

- Suporte do banco de sangue;
- Suporte do serviço de imagem.

#### Gerenciamento/organização do trabalho

- Organização do ambiente;
- Número de atendimento por turno;
- Carga horária do turno de trabalho;
- Segurança oferecida pelo hospital.

Para esta avaliação, foi solicitado ao profissional que conceitue os itens a serem avaliados em ótimo, bom, regular, ruim e péssimo (APÊNDICE D), ficando assim estruturado o instrumento:

#### Como você avalia as questões abaixo:

QUESTÕES	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Conforto como condição de trabalho					
Limpeza do Ambiente					

#### Caracterização dos profissionais

Na caracterização dos médicos e enfermeiros (APÊNDICE D) dos hospitais foram pesquisados:

Atributos pessoais – Sexo, idade e estado civil;

Formação – Ano de formatura, universidade em que se formou e especialização;

Vínculo com o hospital – Tipo, opção pelo hospital, tempo de trabalho na urgência e turno/regime de trabalho;

Outros vínculos – Natureza e tipo de unidade;

Renda total – Resposta opcional do profissional.

#### 5.2.2 Coleta dos dados

Mesmo não realizando uma correlação direta entre a satisfação dos usuários e a motivação dos profissionais a pesquisa optou por entrevistar usuários atendidos por médicos a serem entrevistados para não termos um distanciamento das duas avaliações e eliminar a existência de possíveis vieses. Para tanto, a coleta de dados foi iniciada pela entrevista com o

médico, em função da necessidade de serem entrevistados os usuários dos médicos pesquisados. Os profissionais eram convidados a contribuir com a pesquisa e em caso de aceitação assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE E).

Os 469 médicos e 97 enfermeiros existentes nas emergências dos três hospitais (Quadro 7) foram listados nominalmente de acordo a relação fornecida pelas chefias das emergências. Para o sorteio, os médicos e enfermeiros foram numerados segundo a escala de plantão fornecida pelo hospital e os números foram sorteados para cada dia da semana: turnos do dia e da noite no Pronto-Atendimento (PA), e turnos do dia e da noite na Emergência.

O sorteio garantiu a seleção de médicos do PA e da emergência dos hospitais nos dois turnos, além da representatividade entre as especialidades disponíveis no hospital. Com isto ficou garantida a entrevista de um médico em cada um dos turnos do PA e emergência, em todos os dias da semana dos três hospitais pesquisados.

Portanto, cada bolsista entrevistou quatro médicos por hospital, sendo dois no turno diurno e dois no noturno e dois enfermeiros um do turno diurno e outro do noturno. Perfazendo um total de 84 médicos e 42 enfermeiros entrevistados.

Tendo em vista a necessidade de preservar o sigilo quanto à identidade dos entrevistados e a garantia da qualidade das entrevistas, foi criada uma codificação a ser utilizada nos questionários. O código identifica a profissão (médico M e enfermeiro E), os profissionais por letras (A a Z) e os relacionam aos seus entrevistadores (número), e à área de trabalho (PA ou emergência) e hospital (R, GV e OF), que constava no cabeçalho do questionário dos profissionais (APÊNDICE D).

Os questionários dos profissionais foram preenchidos pelos próprios profissionais, no momento da entrevista, cabendo ao entrevistador, além da solicitação da colaboração dos profissionais com a pesquisa esclarecer sobre dúvidas, neste sentido, todos os questionários foram preenchidos durante o plantão do profissional.

### 5.2.3 Plano de análise dos dados

Assim como o questionário do usuário, as avaliações dos profissionais foram agrupadas por unidades de saúde e por local de trabalho na unidade, pronto-atendimento e emergência. Sendo então, analisados quanto:

- Avaliação das características pessoais dos profissionais: sexo, idade e estado civil;

- Formação dos profissionais;
- Vinculação com o hospital e o sistema de saúde;
- Análise dos fatores determinantes da motivação;
- Relação entre as características pessoais dos profissionais e a análise dos fatores determinantes da motivação;
- Análise das condições de trabalho oferecidas pelos hospitais, realizada pelos profissionais;
- Relação entre as características pessoais dos profissionais e a análise das condições de trabalho oferecidas pelos hospitais.

Todos profissionais selecionados foram entrevistados com um bom nível de colaboração com a pesquisa. Os dados coletados a partir das entrevistas com os profissionais médicos e enfermeiros foram digitados no programa Excel e as análises realizadas através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Para avaliação das condições oferecidas e a descrição do perfil dos profissionais e sua inserção no hospital foi realizada uma análise de frequência dos atributos e conceitos dados às condições oferecidas.

Quanto à Escala de Valores Relativos ao Trabalho, sua análise estatística foi realizada segundo o padrão utilizado por Borges, Tamayo e Alves Filho (2005) para análise dos fatores dos atributos valorativos que consiste em analisar os fatores a partir da frequência dos participantes por intervalo da distribuição dos escores (1 a 5), médias e desvio padrão, assim como, o coeficiente de variação.

Com o objetivo de estudar a relação de algumas características com os fatores da EVT, optou-se por utilizar um modelo de regressão linear múltiplo (MONTGOMER; PECK; VINING et al., 2001) que é dado por:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \dots + \beta_p X_{pi} + \varepsilon_i$$

em que  $Y$  é a variável dependente,  $X_p$  são as variáveis independentes,  $\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_p$  são os parâmetros a serem estimados e  $\varepsilon$  o erro aleatório.

O método de Mínimos Quadrados foi adotado para a estimação dos parâmetros desconhecidos. O método de seleção de variáveis utilizado foi stepwise. Nos modelos com mais de uma variável independente foi analisado o  $R_{adj}^2$  (coeficiente de determinação ajustado). Foi utilizado o Teste F para significância do modelo.

O procedimento consiste em ajustar quatro modelos cujas variáveis dependentes são os quatro fatores da EVT tomando como variáveis independentes a *profissão*, o *hospital em que trabalha* e o *sexo dos profissionais*. O nível de significância adotado foi de 5%.

## 5.3 Resultados

### 5.3.1 Caracterização dos profissionais

Os resultados relativos ao gênero dos profissionais entrevistados (Tabela 1) demonstram que a maioria dos profissionais enfermeiros é do sexo feminino, correspondendo a 92,9% do total, enquanto os médicos apresentam a maioria do sexo masculino, numa porcentagem de 57,1% do total dos entrevistados.

**Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros e médicos segundo sexo, 2007.**

Sexo	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
Feminino	39	92,9	36	42,9
Masculino	3	7,1	48	57,1
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Entre os enfermeiros (Tabela 2) 41,5% encontram-se na faixa-etária entre 35 e 44 anos, já entre os médicos a maior proporção está na faixa-etária entre 25 e 34 anos representando 53,6%.

**Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros e médicos segundo faixa etária, 2007.**

Faixa Etária	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
25-34 anos	14	34,1	45	53,6
35-44 anos	17	41,5	23	27,4
45 anos e mais	10	24,4	16	19,0
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

OBS.: Um dos enfermeiros não respondeu esta questão.



Em relação ao estado civil dos profissionais (Tabela 3) a maioria é de casados, sendo a proporção de médicos casados (59,5%), bem superior que os enfermeiros (40,5%), diferença que é compensada com uma maior proporção de viúvos ou separados.

**Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros e médicos segundo estado civil, 2007.**

Estado Civil	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
Casado	17	40,5	50	59,5
Solteiro	16	38,1	29	34,5
Viúvo e separado	9	21,4	5	6,0
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Quando se analisa o tempo de formado dos enfermeiros e médicos (Tabela 4), verifica-se que a maioria dos profissionais têm um tempo de formado entre 5 e 14 anos (45,2% entre enfermeiros e 56,0% entre médicos). Contudo, ressalta-se que entre os enfermeiros há uma considerável proporção de profissionais com tempo de formado entre 15 e 24 anos (33,3%).

**Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros e médicos segundo tempo de formado, 2007.**

Tempo de Formado	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
Menos de 5 anos	4	9,5	14	16,7
5-14 anos	19	45,2	47	56,0
15-24 anos	14	33,3	12	14,3
25 anos e mais	5	11,9	11	13,1
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Os resultados referentes ao tempo de trabalho dos profissionais nas emergências (Tabela 5) demonstram que 66,7% dos médicos e 53,4% de enfermeiros têm menos de 5 anos. Porém, os enfermeiros possuem maior tempo de permanência nas emergências, 33,3% dos enfermeiros tem entre 5 e 14 anos de trabalho na emergência e os médicos 19%.

**Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros e médicos segundo tempo de trabalho, 2007.**

Tempo de Trabalho na Emergência do Hospital	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
Menos de 5 anos	22	52,4	56	66,7
5-14 anos	14	33,3	16	19,0
Mais de 15 anos	6	14,3	12	14,3
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Quanto à Instituição formadora (Tabela 6), observa-se que os médicos em sua maioria fizeram a graduação na Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (42,8%) e os enfermeiros na Universidade de Pernambuco - UPE (50%).

**Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros e médicos segundo universidade, 2007.**

Universidade	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
UPE	21	50,0	30	36,1
UFPE	15	35,7	40	48,2
Outras	6	14,3	13	15,7
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

OBS.: Um dos médicos não respondeu esta questão.

A maioria absoluta dos profissionais (Tabela 7), sejam enfermeiros ou médicos, possui pós-graduação em nível de Residência ou Especialização, com maior percentual entre os médicos (95,2%).

**Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros e médicos segundo tipo de pós-graduação, 2007.**

Pós-Graduação	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
Residência ou Especialização	35	83,3	80	95,2
Mestrado ou Doutorado	2	4,8	4	4,8
Nenhuma	5	11,9	0	0
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

A maioria dos profissionais (Tabela 8) tem vínculo empregatício estatutário estadual com o hospital pesquisado, três enfermeiros pesquisados e sete médicos têm um segundo vínculo com o hospital e existem 14,3% das enfermeiras com contrato temporário.

**Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros e médicos segundo tipo de vínculo com o Hospital, 2007.**

Tipo de Vínculo com o Hospital	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
Estatutário Estadual	36	85,7	75	89,3
Contrato Temporário	6	14,3	7	8,3
Estatutário Federal	0	0	1	1,2
CLT	0	0	1	1,2
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

OBS. 3 enfermeiros e 7 médicos possuem um segundo vínculo com o Hospital.

Quanto à renda mensal total demonstrou ser diferente entre médicos e enfermeiros (Tabela 9), a maioria dos médicos (65,4%) declarou uma renda superior a R\$ 4.000,00 e a maioria dos enfermeiros (73,8%) uma renda de até R\$ 4.000,00.

**Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros e médicos segundo a renda mensal total, 2007.**

Renda Total (R\$)	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
Até 2.000,00	5	11,9	1	1,2
Entre 2.000,00 e 4.000,00	26	61,9	15	17,9
Entre 4.000,00 e 6.000,00	8	19,0	32	38,1
Entre 6.000,00 e 10.000,00	1	2,4	17	20,2
Acima de 10.000,00	0	0,0	6	7,1
Não quis responder	2	4,8	13	15,5
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Quanto à escolha do profissional em trabalhar na emergência (Tabela 10), os resultados demonstraram que uma ampla maioria (78% dos enfermeiros e 83% dos médicos) teve como opção pessoal trabalhar na emergência.

**Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros e médicos segundo escolha da lotação na emergência, 2007.**

Escolha Pessoal da Lotação	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
Sim	33	78,6	69	83,1
Não	9	21,4	14	16,9
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

OBS.: Um dos médicos não respondeu esta questão.

Em relação ao regime de trabalho (Tabela 11) observa-se que os médicos se concentram no regime de dois plantões de 12 horas, com 92,9% destes profissionais, enquanto os enfermeiros se distribuem entre este regime (57,1% dos profissionais) e o regime de 12/60 horas (40,5% dos enfermeiros).

**Tabela 11 - Distribuição dos enfermeiros e médicos segundo regime semanal de trabalho, 2007.**

Regime Semanal de Trabalho	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
Dois plantões de 12 h	24	57,1	78	92,9
Plantões de 12/60 h	17	40,5	0	0
Diarista	0	0	2	2,4
Um plantão de 24 h	0	0	1	1,2
Outro	1	2,4	3	3,6
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Os resultados em relação à existência de outro vínculo além do vínculo com a unidade pesquisada (tabela 12) evidenciaram a grande maioria (96,4% dos médicos e 83,3% dos enfermeiros) com outro vínculo, até porque são cargas horárias parciais (20 ou 24 horas semanais), mas chama a atenção que 16,7% dos enfermeiros têm esta emergência como único vínculo empregatício.

**Tabela 12 - Distribuição dos enfermeiros e médicos segundo outros tipos de vínculos, 2007.**

Trabalho em outra unidade de saúde	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
Sim	35	83,3	81	96,4
Não	7	16,7	3	3,6
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

### 5.3.2 Motivação dos médicos e enfermeiros

O resultado geral dos fatores motivacionais (Tabela 13) apresenta uma alta motivação para três dos quatro fatores motivacionais. Estes resultados evidenciaram a realização no trabalho como o fator de maior importância para os profissionais obtendo a maior pontuação média (3,90) e a maior frequência de profissionais que avaliam este fator entre 4 e 5 (48,4%), ou seja, consideram o trabalho extremamente importante. Os fatores relações sociais e estabilidade apresentaram médias próximas, e concentração de escores entre 3 e 4. Por outro lado, o fator motivacional prestígio, que representa o poder de influência através do trabalho, apresentou a maior frequência de profissionais entre os escores 1 e 2 (47,6%) com uma pontuação média de 2,19, ou seja este é o fator de menor relevância para os profissionais.

**Tabela 13 - Avaliação geral dos escores dos fatores motivacionais dos profissionais, 2007.**

Fatores da Motivação	Medidas			Percentual de Participantes por Intervalo			
	Média	Desvio Padrão	Coef. de Variação	1 < 2	2 < 3	3 < 4	= >4
Realização no Trabalho	3,90	0,81	0,21	2,4	13,5	35,7	48,4
Relações Sociais	3,76	0,66	0,18	0,8	12,7	51,6	34,9
Prestígio	2,19	0,60	0,27	47,6	42,1	10,3	-
Estabilidade	3,62	0,92	0,25	7,1	15,9	42,9	34,1

Ao analisar os resultados das médias dos fatores por Hospital (Tabela 14) observa-se que seguem a mesma valorização dos fatores motivacionais observada nos resultados gerais. Porém, sua distribuição na valorização dos fatores é diferente, os profissionais do HOF apresentam uma maior frequência de escores máximos (= >4) para realização no trabalho, relações sociais e estabilidade. O HR e HGV apesar de apresentarem um padrão de valorização dos fatores motivacionais semelhantes, valorização máxima para realização no trabalho, valorização de 3 < 4 para relações sociais e estabilidade e de 2 < 3 para prestígio, apresentam uma intensidade da valorização diferente. No HR 59,5% atribuem valorização máxima para a realização no trabalho enquanto no HGV é 47,6%, em relação ao fator motivacional relações sociais no HR 40,5% atribuem uma valorização máxima e no HGV 31,0%.

Estatisticamente há diferença significativa das médias do fator relações sociais, entre as emergências dos três hospitais. O HGV apresenta nota média diferente do HOF e HR com relação a este fator, com p-valor de 0,01 e 0,03, respectivamente. O HOF também diferencia-se estatisticamente do HGV em relação à valorização do fator estabilidade, p-valor = 0,03. Estas diferenças estatísticas reforçam a polaridade de perfil motivacional entre o HOF e o HGV.

**Tabela 14 - Avaliação dos escores dos fatores motivacionais dos profissionais das emergências dos Hospitais da Restauração, Otávio de Freitas e Getúlio Vargas, 2007.**

Hospitais	Fator de Motivação	Medidas			Percentual de Participantes por Intervalo			
		Média	Desvio Padrão	Coef. de Variação	1 < 2	2 < 3	3 < 4	= >4
HR	Realização no Trabalho	3,97	0,75	0,19	-	11,9	28,6	59,5
	Relações Sociais	3,87	0,63	0,16	-	7,1	52,4	40,5
	Prestígio	2,25	0,62	0,28	40,5	45,2	14,3	-
	Estabilidade	3,71	0,92	0,25	7,1	9,5	42,9	40,5
HOF	Realização no Trabalho	4,02	0,68	0,17	-	7,1	42,9	50,0
	Relações Sociais	3,88	0,56	0,14	-	7,1	45,2	47,6
	Prestígio	2,24	0,63	0,28	31,0	54,8	14,3	-
	Estabilidade	3,79	0,76	0,20	-	16,7	35,7	47,6
HGV	Realização no Trabalho	3,70	0,96	0,26	4,8	21,4	26,2	47,6
	Relações Sociais	3,53	0,73	0,21	2,4	19,0	47,6	31,0
	Prestígio	2,07	0,54	0,26	40,5	54,8	4,8	-
	Estabilidade	3,35	1,03	0,31	9,5	14,3	45,2	31,0

Ao comparar a motivação entre as profissões (Tabela 15), os enfermeiros apresentaram uma maior valorização dos fatores motivacionais que os médicos. A realização no trabalho é extremamente importante (+ > 4) para 59,5% dos enfermeiros e para 48,8% dos médicos, diferença estatisticamente significativa (p-valor = 0,03). As diferenças são ainda mais significativas (p-valor < 0,0001) para o fator motivacional relações sociais com valorização máxima para 50,0% das enfermeiras e 34,5% para os médicos. Fica evidenciado ainda que o fator prestígio, apesar da baixa valorização para as duas profissões, ele é ainda menos valorizado pelos médicos.

**Tabela 15 - Avaliação dos escores dos fatores motivacionais de acordo com os profissionais médicos e enfermeiros, 2007.**

Profissionais	Fator de Motivação	Medidas			Percentual de Participantes por Intervalo			
		Média	Desvio Padrão	Coef. de Variação	1 < 2	2 < 3	3 < 4	= >4
Médico	Realização no Trabalho	3,79	0,86	0,23	2,4	15,5	33,3	48,8
	Relações Sociais	3,70	0,67	0,18	1,2	14,3	50,0	34,5
	Prestígio	2,05	0,59	0,29	47,6	42,9	9,5	-
	Estabilidade	3,55	0,95	0,27	6,0	16,7	39,3	38,1
Enfermeiro	Realização no Trabalho	4,11	0,67	0,16	-	9,5	31,0	59,5
	Relações Sociais	3,89	0,62	0,16	-	4,8	45,2	50,0
	Prestígio	2,47	0,52	0,21	16,7	69,0	14,3	-
	Estabilidade	3,75	0,85	0,23	4,8	7,1	45,2	42,9

Quando se avalia os profissionais em relação ao tempo de trabalho na emergência e os fatores relacionados ao trabalho, observa-se que os profissionais com maior tempo de trabalho (acima de 15 anos) apresentam as maiores notas médias em relação aos fatores, embora não tenha significância estatística (Tabela 16). Também não houve significância estatística em relação ao gênero, estado civil e faixa etária dos profissionais.

**Tabela 16 - Avaliação dos escores dos fatores motivacionais dos médicos e enfermeiros de acordo com o tempo de trabalho nas emergências, 2007.**

Tempo de Trabalho	Fator de Motivação	Medidas			Percentual de Participantes por intervalo			
		Média	Desvio Padrão	Coef. De Variação	1 < 2	2 < 3	3 < 4	= >4
< 5 anos	Realização no Trabalho	3,89	0,78	0,20	1,3	12,8	34,6	51,3
	Relações Sociais	3,76	0,66	0,17	1,3	11,5	47,4	39,7
	Prestígio	2,21	0,54	0,24	33,3	56,4	10,3	-
	Estabilidade	3,63	0,86	0,24	5,1	11,5	42,3	41,0
Entre 5 e 14 anos	Realização no Trabalho	3,80	0,98	0,26	3,3	20,0	30,0	46,7
	Relações Sociais	3,73	0,72	0,19	-	16,7	40,0	43,3
	Prestígio	2,20	0,74	0,34	36,7	50,0	13,3	-
	Estabilidade	3,56	1,01	0,28	6,7	20,0	36,7	36,7
15 anos ou mais	Realização no Trabalho	4,08	0,64	0,16	-	5,6	27,8	66,7
	Relações Sociais	3,79	0,60	0,16	-	-	66,7	33,3
	Prestígio	2,06	0,60	0,29	55,6	33,3	11,1	-
	Estabilidade	3,65	1,09	0,30	5,6	11,1	44,4	38,9

Na avaliação dos fatores motivacionais para o trabalho em relação ao sexo dos profissionais (Tabela 17), observa-se que os valores médios apresentam resultados semelhantes, ao avaliar por frequência de participante por intervalo evidencia uma maior valorização dos profissionais do sexo feminino em relação ao fator motivacional relações sociais.

**Tabela 17 - Avaliação dos escores dos fatores motivacionais de acordo com o sexo dos profissionais, 2007.**

Sexo dos Profissionais	Fator de Motivação	Medidas			Percentual de Participantes por Intervalo			
		Média	Desvio Padrão	Coef. de Variação	1 < 2	2 < 3	3 < 4	= >4
Feminino	Realização no Trabalho	3,97	0,76	0,19	1,3	9,3	34,7	54,7
	Relações Sociais	3,84	0,65	0,17	1,3	5,3	46,7	46,7
	Prestígio	2,18	0,56	0,26	34,7	57,3	8,0	-
	Estabilidade	3,76	0,78	0,21	1,3	9,3	48,0	41,3
Masculino	Realização no Trabalho	3,79	0,88	0,23	2,0	19,6	29,4	49,0
	Relações Sociais	3,65	0,66	0,18	-	19,6	51,0	29,4
	Prestígio	2,20	0,66	0,30	41,2	43,1	15,7	-
	Estabilidade	3,40	1,08	0,32	11,8	19,6	31,4	37,3

Os resultados das motivações para o trabalho em relação à profissão, emergência do hospital e em relação ao sexo do profissional através da técnica de regressão linear são apresentados na tabela 18.

Entre as profissões, observa-se que a maior diferença encontra-se no fator motivacional prestígio onde há uma maior valorização dos enfermeiros em relação aos médicos de 55% e de 33% em relação à realização no trabalho (35%). Para os fatores estabilidade e relações sociais não houve diferenças entre os enfermeiros e os médicos.

Entre os hospitais observa-se que o Getúlio Vargas apresenta diferenças significativas em relação aos demais hospitais, com uma menor valorização para todos os fatores. O que apresentou a maior diferença foi o fator motivacional estabilidade, onde o profissional do HGV tem uma diferença de valorização em relação aos demais hospitais de -43%. Também apresentou uma menor valorização para relações sociais (-36%), realização no trabalho (-29%) e prestígio (-16%), ou seja, os profissionais do HGV são menos motivados para o trabalho que os profissionais do HR e HOF.



Ao observar as diferenças em relação ao sexo dos profissionais observa-se que os profissionais do sexo feminino têm uma diferença de motivação em relação aos profissionais do sexo masculino quanto aos fatores motivacionais estabilidade (38%) e relações sociais (26%). Por outro lado os profissionais do sexo masculino têm uma diferença de motivação para os profissionais do sexo feminino em relação ao fator motivacional prestígio de 26%.

**Tabela 18 – Diferença da valorização dos fatores motivacionais em relação à profissão, emergências dos hospitais e sexo dos profissionais pela análise da regressão linear, 2007.**

Variável	Estabilidade		Realização no Trabalho		Relações Sociais		Prestígio	
	$\beta$	p-valor	$\beta$	p-valor	$\beta$	p-valor	$\beta$	p-valor
Constante	3,53	< 0,001	3,88	< 0,001	3,75	< 0,001	2,21	< 0,001
Profissão*	-	-	0,33	0,03	-	-	0,55	< 0,001
Hospital**	-0,43	0,01	-0,29	0,05	-0,36	0,003	-0,16	0,13
Sexo***	0,38	0,02	-	-	0,21	0,07	-0,26	0,02
	F = 5,65		F = 4,28		F = 5,93		F = 8,12	
	P-valor = 0,005		P-valor = 0,02		P-valor = 0,003		P-valor < 0,001	
	$R^2_{adj} = 0,07$		$R^2_{adj} = 0,05$		$R^2_{adj} = 0,07$		$R^2_{adj} = 0,15$	

\* Diferença de motivação dos enfermeiros em relação aos médicos.

\*\* Diferença de motivação dos profissionais do HGV em relação aos do HR e HOF.

\*\*\* Diferença de motivação dos profissionais do sexo feminino em relação aos do sexo masculino.

F – Teste de significância do modelo.

$R^2_{adj}$  - Coeficiente de determinação ajustado.

### 5.3.3 Condições de trabalho

Na apresentação dos resultados os conceitos foram assim agrupados: *Ótimo* e *Bom* em *Bom*; *Ruim* e *Péssimo* em *Ruim*, permanecendo o conceito *Regular* como *Regular*. A avaliação foi realizada em cada uma das emergências com 28 profissionais médicos e 14 enfermeiros em cada uma das unidades pesquisadas, sendo os resultados apresentados de acordo com as categorias de análise avaliadas e cada questão constante na categoria.

Na avaliação geral das condições de trabalho oferecidas pelos hospitais aos profissionais de saúde (Tabelas 19, 20 e 21) percebe-se que os equipamentos e insumos é a condição que tem a pior avaliação nos hospitais, vindo a seguir o conforto e o gerenciamento e organização do trabalho. O suporte dos meios diagnósticos e terapêutico é a categoria analítica das condições melhor avaliada vindo a seguir a quantidade de profissionais.

Ao analisar as questões que compõem as categorias das condições de trabalho oferecidas pelos hospitais observa-se que em relação ao conforto a pior avaliação entre todas

as questões é o conforto como condição de trabalho, enquanto a qualidade da refeição é a questão melhor avaliada, o HOF chama atenção pela péssima avaliação (76,2% de avaliação ruim) das condições de repouso, bem diferente do HGV em que 52,5% avaliam como bom o repouso.

Quanto ao suporte de equipamentos e insumos para emergência a manutenção dos equipamentos é a questão pior avaliada e a quantidade de materiais a melhor avaliada.

Em relação à quantidade de profissionais a questão com maior queixa é a quantidade de pessoal auxiliar. A quantidade de médicos e enfermeiros tem uma avaliação razoável pelos profissionais, embora tenha diferenças de avaliações entre os hospitais, enquanto 54,8% dos profissionais do HOF avaliam como ruim a quantidade de médicos e 51,2% a quantidade de enfermeiros, o HR tem uma avaliação boa de 42,9% e 35,75% em relação a estes quantitativos.

Em relação aos meios diagnósticos e terapêuticos a pior avaliação é em relação ao suporte do laboratório e a questão com uma boa avaliação é o suporte dado pelo banco de sangue, mais positivamente ainda no HGV em que tem uma boa avaliação de 58,5% dos profissionais, sendo a questão melhor avaliada entre todos os hospitais.

O gerenciamento e organização do trabalho nas emergências dos hospitais têm uma avaliação muito ruim em relação à organização do ambiente, número de atendimentos por turno e segurança oferecida pelo hospital, a questão melhor avaliada é a carga horária do turno de trabalho. O número de atendimentos por turno tem uma avaliação extremamente ruim (71,4%) no HGV e a segurança do hospital é particularmente ruim (64,3%) no HOF.

O HOF foi o que apresentou a maior reprovação, tendo percentuais de avaliações ruins superiores a 50% em relação ao conforto, equipamentos e insumos, quantidade de profissionais e gerenciamento e organização do trabalho. A avaliação é particularmente diferente em relação à quantidade de profissionais em que tem uma avaliação ruim de 54,4%, bem mais negativa que o HR (25,4%) e o HGV (37,6%).

O HR tem uma avaliação muito ruim em relação aos equipamentos e insumos, mas, tem a melhor avaliação em relação à quantidade de profissionais e a avaliação menos crítica em relação ao gerenciamento e organização do trabalho.

Ao avaliar o Hospital Getúlio Vargas, observa-se que tem a pior avaliação em relação ao gerenciamento e organização do trabalho e muito ruim em relação aos equipamentos e insumos oferecidos, mas, tem a melhor avaliação em relação aos meios diagnósticos e terapêuticos oferecidos pelo hospital.

**Tabela 19 - Avaliação das condições de trabalho na emergência do Hospital da Restauração, 2007.**

Condições de Trabalho HR	Ruim		Regular		Bom	
	N	%	N	%	N	%
<b>Conforto</b>	<b>83</b>	<b>49,4</b>	<b>59</b>	<b>35,1</b>	<b>26</b>	<b>15,5</b>
Conforto como condição de trabalho	29	69,0	12	28,6	1	2,4
Limpeza	13	31,0	21	50,0	8	19,0
Condições de Repouso	23	54,8	12	28,6	7	16,7
Qualidade da refeição	18	42,9	14	33,3	10	23,8
<b>Equipamentos e insumos</b>	<b>68</b>	<b>54,4</b>	<b>47</b>	<b>37,6</b>	<b>10</b>	<b>8,0</b>
Disponibilidade de Equipamentos	25	59,5	15	35,7	2	4,8
Manutenção dos Equipamentos	27	65,9	13	31,7	1	2,4
Quantidade de Materiais	16	38,1	19	45,2	7	16,7
<b>Quantidade de Profissionais</b>	<b>32</b>	<b>25,4</b>	<b>51</b>	<b>40,5</b>	<b>43</b>	<b>34,1</b>
Quantidade de Médicos	9	21,4	15	35,7	18	42,9
Quantidade de Enfermeiros	10	23,8	17	40,5	15	35,7
Quantidade de Pessoal Auxiliar	13	31,0	19	45,2	10	23,8
<b>Meios Diagnósticos e Terapêuticos</b>	<b>47</b>	<b>37,3</b>	<b>46</b>	<b>36,5</b>	<b>33</b>	<b>26,2</b>
Suporte do Laboratório	18	42,9	16	38,1	8	19,0
Suporte do Banco de Sangue	12	28,6	13	31,0	17	40,5
Suporte do Serviço de Imagem	17	40,5	17	40,5	8	19,0
<b>Gerenciamento e Organização do Trabalho</b>	<b>74</b>	<b>44,0</b>	<b>63</b>	<b>37,5</b>	<b>31</b>	<b>18,5</b>
Organização do Ambiente	20	47,6	17	40,5	5	11,9
Número de Atendimentos por Turno	18	42,9	16	38,1	8	19,0
Carga Horária do Turno de Trabalho	11	26,2	18	42,9	13	31,0
Segurança do Hospital	25	59,5	12	28,6	5	11,9

**Tabela 20 - Avaliação das condições de trabalho na emergência do Hospital Otávio de Freitas, 2007.**

Condições de Trabalho HOF	Ruim		Regular		Bom	
	N	%	N	%	N	%
<b>Conforto</b>	<b>94</b>	<b>56,3</b>	<b>52</b>	<b>31,1</b>	<b>21</b>	<b>12,6</b>
Conforto como condição de trabalho	32	76,2	8	19,0	2	4,8
Limpeza	22	52,4	14	33,3	6	14,3
Condições de Repouso	32	76,2	7	16,7	3	7,1
Qualidade da refeição	8	19,5	23	56,1	10	24,4
<b>Equipamentos e insumos</b>	<b>67</b>	<b>53,2</b>	<b>39</b>	<b>31,0</b>	<b>20</b>	<b>15,9</b>
Disponibilidade de Equipamentos	23	54,8	15	35,7	4	9,5
Manutenção dos Equipamentos	30	71,4	9	21,4	3	7,1
Quantidade de Materiais	14	33,3	15	35,7	13	31,0
<b>Quantidade de Profissionais</b>	<b>68</b>	<b>54,4</b>	<b>28</b>	<b>22,4</b>	<b>29</b>	<b>23,2</b>
Quantidade de Médicos	23	54,8	9	21,4	10	23,8
Quantidade de Enfermeiros	21	51,2	9	22,0	11	26,8
Quantidade de Pessoal Auxiliar	24	57,1	10	23,8	8	19,0
<b>Meios Diagnósticos e Terapêuticos</b>	<b>45</b>	<b>36</b>	<b>46</b>	<b>36,8</b>	<b>34</b>	<b>27,2</b>
Suporte do Laboratório	18	42,9	16	38,1	8	19,0
Suporte do Banco de Sangue	10	24,4	16	39,0	15	36,6
Suporte do Serviço de Imagem	17	40,5	14	33,3	11	26,2
<b>Gerenciamento e Organização do Trabalho</b>	<b>85</b>	<b>51,5</b>	<b>52</b>	<b>31,5</b>	<b>28</b>	<b>17,0</b>
Organização do Ambiente	22	52,4	17	40,5	3	7,1
Número de Atendimentos por Turno	23	57,5	8	20,0	9	22,5
Carga Horária do Turno de Trabalho	13	31,7	15	36,6	13	31,7
Segurança do Hospital	27	64,3	12	28,6	3	7,1

**Tabela 21 - Avaliação das condições de trabalho na emergência do Hospital Getúlio Vargas, 2007.**

Condições de Trabalho HGV	Ruim		Regular		Bom	
	N	%	N	%	N	%
<b>Conforto</b>	<b>75</b>	<b>45,2</b>	<b>44</b>	<b>26,5</b>	<b>47</b>	<b>28,3</b>
Conforto como condição de trabalho	27	64,3	13	31,0	2	4,8
Limpeza	23	54,8	9	21,4	10	23,8
Condições de Repouso	9	21,4	11	26,2	22	52,4
Qualidade da refeição	16	40,0	11	27,5	13	32,5
<b>Equipamentos e insumos</b>	<b>67</b>	<b>53,6</b>	<b>47</b>	<b>37,6</b>	<b>11</b>	<b>8,8</b>
Disponibilidade de Equipamentos	26	61,9	15	35,7	1	2,4
Manutenção dos Equipamentos	27	65,9	13	31,7	1	2,4
Quantidade de Materiais	14	33,3	19	45,2	9	21,4
<b>Quantidade de Profissionais</b>	<b>47</b>	<b>37,6</b>	<b>52</b>	<b>41,6</b>	<b>26</b>	<b>20,8</b>
Quantidade de Médicos	13	31,7	17	41,5	11	26,8
Quantidade de Enfermeiros	14	33,3	19	45,2	9	21,4
Quantidade de Pessoal Auxiliar	20	47,6	16	38,1	6	14,3
<b>Meios Diagnósticos e Terapêuticos</b>	<b>37</b>	<b>29,6</b>	<b>46</b>	<b>36,8</b>	<b>42</b>	<b>33,6</b>
Suporte do Laboratório	18	42,9	15	35,7	9	21,4
Suporte do Banco de Sangue	3	7,3	14	34,1	24	58,5
Suporte do Serviço de Imagem	16	38,1	17	40,5	9	21,4
<b>Gerenciamento e Organização do Trabalho</b>	<b>89</b>	<b>53,0</b>	<b>51</b>	<b>30,4</b>	<b>28</b>	<b>16,7</b>
Organização do Ambiente	25	59,5	14	33,3	3	7,1
Número de Atendimentos por Turno	30	71,4	9	21,4	3	7,1
Carga Horária do Turno de Trabalho	17	40,5	17	40,5	8	19,0
Segurança do Hospital	17	40,5	11	26,2	14	33,3

Ao analisar os resultados em relação à opinião dos médicos e enfermeiros nas três emergências dos hospitais (Tabelas 22 e 23) observa-se que todas as categorias analíticas das condições de trabalho são melhores avaliadas pelos enfermeiros, com exceção dos meios diagnósticos e terapêuticos.

A maior diferença de avaliação é em relação ao conforto, os médicos apresentam 57,5% de avaliação ruim e os enfermeiros 35,9%. Entre as questões que compõem o conforto, a pior avaliação refere-se ao conforto como condição de trabalho, 75% dos médicos e 59,5% dos enfermeiros avaliam como ruim. As maiores diferenças estão na limpeza da emergência, onde 57,1% dos médicos avaliam como ruim e os enfermeiros 23,8% e nas condições de repouso em que 58,3% dos médicos avaliam como ruim e os enfermeiros 35,7%.

Para os médicos as categorias pior avaliadas são: conforto e os equipamentos e insumos, para os enfermeiros as categorias pior avaliadas são: gerenciamento e organização do trabalho e os equipamentos e insumos. Em relação aos equipamentos e insumos a maior

diferença de avaliação está na quantidade de materiais, 40,5% de avaliação ruim para os médicos e 23,8% para os enfermeiros. Na organização do trabalho a avaliação ruim dos enfermeiros em relação ao número de atendimentos por turno (63,4%) supera a avaliação negativa dos médicos (54%).

A condição de trabalho oferecida “menos ruim” para médicos e enfermeiros são os meios diagnósticos e terapêutico e a quantidade de profissionais, mesmo assim, a quantidade de médicos é pior avaliada pelos colegas de profissão(39,8%) que os enfermeiros (28,6%).

**Tabela 22 - Avaliação das condições de trabalho segundo os médicos das emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Condições de Trabalho Médicos	Ruim		Regular		Bom	
	N	%	N	%	N	%
<b>Conforto</b>	<b>192</b>	<b>57,5</b>	<b>99</b>	<b>29,6</b>	<b>43</b>	<b>12,9</b>
Conforto como condição de trabalho	63	75,0	17	20,2	4	4,8
Limpeza	48	57,1	25	29,8	11	13,1
Condições de Repouso	49	58,3	21	25,0	14	16,7
Qualidade da refeição	32	39,0	36	43,9	14	17,1
<b>Equipamentos e insumos</b>	<b>145</b>	<b>57,8</b>	<b>86</b>	<b>34,3</b>	<b>20</b>	<b>8,0</b>
Disponibilidade de Equipamentos	52	61,9	29	34,5	3	3,6
Manutenção dos Equipamentos	59	71,1	22	26,5	2	2,4
Quantidade de Materiais	34	40,5	35	41,7	15	17,9
<b>Quantidade de Profissionais</b>	<b>104</b>	<b>41,6</b>	<b>82</b>	<b>32,8</b>	<b>64</b>	<b>25,6</b>
Quantidade de Médicos	33	39,8	24	28,9	26	31,3
Quantidade de Enfermeiros	32	38,6	29	34,9	22	26,5
Quantidade de Pessoal Auxiliar	39	46,4	29	34,5	16	19,0
<b>Meios Diagnósticos e Terapêuticos</b>	<b>85</b>	<b>33,9</b>	<b>102</b>	<b>40,6</b>	<b>64</b>	<b>25,5</b>
Suporte do Laboratório	35	41,7	34	40,5	15	17,9
Suporte do Banco de Sangue	18	21,7	33	39,8	32	38,6
Suporte do Serviço de Imagem	32	38,1	35	41,7	17	20,2
<b>Gerenciamento e Organização do Trabalho</b>	<b>169</b>	<b>50,0</b>	<b>113</b>	<b>34,0</b>	<b>53</b>	<b>16,0</b>
Organização do Ambiente	47	56,0	31	36,9	6	7,1
Número de Atendimentos por Turno	45	54,2	24	28,9	14	16,9
Carga Horária do Turno de Trabalho	27	32,1	36	42,9	21	25,0
Segurança do Hospital	50	59,5	22	26,2	12	14,3

**Tabela 23 - Avaliação das condições de trabalho segundo os enfermeiros das emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Condições de Trabalho Enfermeiros	Ruim		Regular		Bom	
	N	%	N	%	N	%
<b>Conforto</b>	<b>60</b>	<b>35,9</b>	<b>56</b>	<b>33,5</b>	<b>51</b>	<b>30,5</b>
Conforto como condição de trabalho	25	59,5	16	38,1	1	2,4
Limpeza	10	23,8	19	45,2	13	31,0
Condições de Repouso	15	35,7	9	21,4	18	42,9
Qualidade da refeição	10	24,4	12	29,3	19	46,3
<b>Equipamentos e insumos</b>	<b>57</b>	<b>45,6</b>	<b>47</b>	<b>37,6</b>	<b>21</b>	<b>16,8</b>
Disponibilidade de Equipamentos	22	52,4	16	38,1	4	9,5
Manutenção dos Equipamentos	25	61,0	13	31,7	3	7,3
Quantidade de Materiais	10	23,8	18	42,9	14	33,3
<b>Quantidade de Profissionais</b>	<b>43</b>	<b>34,1</b>	<b>49</b>	<b>38,9</b>	<b>34</b>	<b>27,0</b>
Quantidade de Médicos	12	28,6	17	40,5	13	31,0
Quantidade de Enfermeiros	13	31,0	16	38,1	13	31,0
Quantidade de Pessoal Auxiliar	18	42,9	16	38,1	8	19,0
<b>Meios Diagnósticos e Terapêuticos</b>	<b>44</b>	<b>35,2</b>	<b>36</b>	<b>28,8</b>	<b>45</b>	<b>36,0</b>
Suporte do Laboratório	19	45,2	13	31,0	10	23,8
Suporte do Banco de Sangue	7	17,1	10	24,4	24	58,5
Suporte do Serviço de Imagem	18	42,9	13	31,0	11	26,2
<b>Gerenciamento e Organização do Trabalho</b>	<b>79</b>	<b>47,6</b>	<b>53</b>	<b>31,9</b>	<b>34</b>	<b>20,5</b>
Organização do Ambiente	20	47,6	17	40,5	5	11,9
Número de Atendimentos por Turno	26	63,4	9	22,0	6	14,6
Carga Horária do Turno de Trabalho	14	34,1	14	34,1	13	31,7
Segurança do Hospital	19	45,2	13	31,0	10	23,8

#### 5.4 - Discussão

Os enfermeiros são predominantemente do sexo feminino, encontram-se na faixa-etária entre 35 e 44 anos, vem de universidades locais e públicas, a grande maioria possui pós-graduação em nível de Residência ou Especialização e têm um tempo de formado entre 5 e 14 anos. Do ponto de vista profissional, têm menos de 5 anos de trabalho na emergência, embora tenha um número considerável de enfermeiros com 5 a 14 anos de trabalho, têm vínculo estatutário estadual com o hospital e declaram uma renda mensal de até R\$ 4.000,00.

Os médicos apresentam um perfil um pouco diferente, a maioria são do sexo masculino, são mais jovens, encontram-se na faixa-etária entre 25 e 34 anos, a proporção de médicos casados é maior, também têm uma maioria com tempo de formado entre 5 e 14 anos,

vêm de universidades locais e públicas e têm pós-graduação em nível de Residência ou Especialização. Têm uma maior proporção de médicos com menos de 5 anos de trabalho na emergência, têm vínculo estatutário estadual com o hospital e declaram uma renda mensal maior que os enfermeiros, renda superior a R\$ 4.000,00. Em outro estudo realizado na cidade de Salvador (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006) foi observado que os médicos obtinham uma boa remuneração com o seu trabalho mas, às custas de uma sobrecarga de trabalho, especialmente nas atividades de plantão.

Destas características do perfil dos profissionais pode-se apreender que caracterizam-se por serem jovens e bem formados, porém com pouco tempo de formado e de trabalho nas emergências, o que deve ser responsável por uma menor experiência dos profissionais. Além disto, evidencia a existência de uma grande rotatividade de profissionais nas emergências, entre os médicos esta rotatividade é ainda maior, resultado compatível com o encontrado por Anselmi; Duarte; Angerami (2001) em relação à “sobrevida” das enfermeiras em hospitais públicos.

Outra característica importante tanto dos médicos como dos enfermeiros é a opção pessoal de trabalhar nas emergências. Importante para uma maior motivação e compromisso com o atendimento à população, porém, como estas unidades têm uma remuneração diferenciada, com o pagamento de gratificação por trabalho em regime de plantão, em relação aos profissionais diaristas e em relação a outros hospitais, este estímulo financeiro talvez seja responsável por uma maior opção em trabalhar nestas emergências. Em função da alta avaliação da estabilidade como fator motivacional fica evidenciado que esta é uma estratégia motivadora para o trabalho nas emergências. Porém, como a gratificação não é estabelecida em função da produtividade ou qualidade do trabalho não é possível estabelecer uma relação direta com a qualidade da assistência.

Em estudo realizado em um Hospital Público de Volta Redonda sobre o papel do pagamento de incentivo financeiro para os funcionários, a adoção de uma política de avaliação de desempenho e toda uma reestruturação gerencial para a qualificação da assistência, apresentou alguns resultados objetivos de melhoria de alguns indicadores como a redução do absenteísmo, a agilidade na realização dos exames laboratoriais de urgência e uma notável melhoria da qualidade dos prontuários em todas as unidades assistenciais do hospital (CECÍLIO et al., 2002).

Na avaliação das motivações para o trabalho ficou evidenciada a realização no trabalho como o fator motivacional de maior importância para os médicos e enfermeiros. Como este fator se refere à busca de prazer e realização pessoal e profissional, bem como de



independência de pensamento e ação no trabalho por meio da autonomia intelectual e da criatividade, pode-se concluir que são pessoas bastante motivadas no desempenho das suas funções. A importância do “trabalho em si” na motivação humana e suas implicações no resultado do trabalho também foi identificada como a categoria mais citada em pesquisa realizada por Pereira e Fávero (2001).

A alta valorização também dada pelos profissionais aos fatores relações sociais e estabilidade revela que os profissionais consideram que eles têm uma contribuição positiva para sociedade através do trabalho, construirão boas relações sociais no ambiente de trabalho, assim como, o seu trabalho emergência também é importante como meio de suprir materialmente as necessidades pessoais. Em outro estudo utilizando-se do mesmo instrumento metodológico (EVT) Pereira e Fávero (2001) chegaram à conclusão que a realização profissional e a estabilidade foram os valores laborais transmitidos dos pais para os filhos e que estes fatores motivacionais ressaltam a importância do sucesso profissional baseado no êxito do trabalho e da independência e satisfação de necessidades materiais (PORTO; TAMAYO, 2006).

Como o fator prestígio teve a menor relevância como fator motivacional para o trabalho e como este fator motivacional refere-se à busca de autoridade, sucesso profissional e poder de influência no trabalho, fica evidenciado que os profissionais entendem que há um pequeno reconhecimento do seu trabalho desenvolvido, resultado semelhante ao estudo de motivação da equipe de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva (MELARA et al., 2006) em que 46% dos profissionais não se sentem reconhecidos nas unidades.

Portanto, temos um perfil predominante entre os profissionais com uma grande motivação para o trabalho por entender a relevância, a importância para sociedade, na sua convivência com os colegas e para sua sobrevivência, mas, percebe que seu trabalho não é valorizado como deveria ser pela sociedade. A motivação para o trabalho dos profissionais de saúde, também foi evidenciado no estudo de Borges e Alves Filho (2001), onde ficou constatado que estes profissionais eram mais motivados que os bancários e que estaria associada a expectativas mais elevadas dos profissionais de saúde. O espaço para o exercício da independência profissional, da auto-expressão e da responsabilidade faz a diferença.

Ao analisar os resultados por hospitais percebe-se a existência de três perfis distintos: os profissionais do Hospital Otávio de Freitas com maior motivação e o Hospital Getúlio Vargas com menor motivação e o Hospital da Restauração numa situação intermediária. Embora haja uma polarização de avaliação entre o HOF e HGV é no HR em que há a maior valorização para o fator realização no trabalho e que deve estar relacionado ao fato deste

hospital acolher uma demanda de emergências de maior complexidade, exigir uma maior capacidade técnica e, portanto, ter uma maior oportunidade de práticas complexas e de troca de conhecimento entre os profissionais. A menor motivação dos profissionais do HGV em relação aos outros hospitais, que também é evidenciada no estudo de regressão linear para todos os fatores motivacionais, não encontra explicação no perfil assistencial do hospital, assim como, nas características individuais dos profissionais que são semelhantes nos demais hospitais.

A maior motivação para o trabalho dos enfermeiros em relação aos médicos em todos os fatores motivacionais inclusive em relação ao prestígio que é o fator no geral pior avaliado, talvez encontre explicação no perfil do trabalho realizado pelos enfermeiros nas emergências em que comandam uma equipe de auxiliares, portanto, têm um maior domínio do processo de trabalho o que leva a uma maior vinculação com a unidade de saúde. Este maior vínculo está evidenciado num maior tempo de trabalho dos enfermeiros na emergência, além do menor número de outros vínculos empregatícios, que se percebe pela renda mensal declarada, embora a importância deste trabalho para a composição de sua renda tenha a mesma importância para enfermeiros e médicos. O estudo de Pereira e Fávero (2001), sobre a motivação no trabalho da equipe de enfermagem, confirma a assertiva de que os fatores relacionados ao próprio trabalho, às tarefas e deveres relacionados ao cargo em si, recompensam o indivíduo.

A baixa valorização para o fator prestígio é ainda maior entre os médicos, demonstrando que para estes profissionais, trabalhar nas emergências, traz um pequeno reconhecimento do trabalho pela sociedade.

A maior valorização do sexo feminino em relação à estabilidade e relações sociais e uma menor valorização em relação aos profissionais do sexo masculino quanto ao prestígio evidencia uma maior preocupação das mulheres com a sobrevivência e com a convivência com os colegas, por outro lado, os homens buscam um maior reconhecimento da sociedade pelo trabalho realizado.

A não significância estatística dos fatores motivacionais em relação às variáveis, estado civil, faixa etária, tempo de formado e até em relação ao tempo de trabalho dos profissionais, onde se esperava uma maior diferenciação devido ao desgaste “natural” do tempo de trabalho em grandes emergências, evidencia a solidez das suas convicções ideológicas, que transcendem a fatores como o tempo, revelando o sentido de corpo na compreensão de suas profissões.

Na avaliação das condições de trabalho foi evidenciada uma avaliação crítica dos médicos e enfermeiros nos hospitais analisados. Analisando-se as questões das condições de trabalho oferecidas aos profissionais de saúde com melhor avaliação (suporte do banco de sangue, quantidade de médicos e enfermeiros, carga horária de trabalho, qualidade das refeições e quantidade de materiais) e as questões pior avaliadas (conforto como condição de trabalho, manutenção dos equipamentos e disponibilidade dos equipamentos de trabalho, número de atendimentos por turno, segurança oferecida pelo hospital e organização do ambiente) percebe-se que há uma maior insatisfação com questões estruturais e gerenciais dos hospitais. A insatisfação com o número de atendimentos por turno é incoerente com a melhor avaliação da quantidade de profissionais e carga horária de trabalho, embora em outros estudos a sobrecarga de trabalho, o estresse e a inter-relação entre ambos sejam apontados como maiores determinantes das más condições de trabalho (COUTINHO NETO, 1998; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; ELIAS; NAVARRO, 2006; BATISTA; BIANCHI, 2006; PINHO; ARAÚJO, 2000).

As categorias de análise das condições de trabalho adotadas por este estudo são semelhantes às adotadas por Locke, na nossa avaliação dos equipamentos e insumos, quantidade de profissionais e meios diagnósticos (trabalho e seu conteúdo); conforto (condições e ambiente de trabalho) e gerenciamento e organização do trabalho (supervisão, gerenciamento e políticas de competências da empresa), para este autor estes são os elementos causais da satisfação no trabalho.

Entre os hospitais, o que tem a pior avaliação das condições de trabalho é o HOF, denotando o pouco investimento na unidade inclusive em relação ao quantitativo de profissionais. O HGV e o HR têm avaliações semelhantes e sobressaem-se com a péssima avaliação em relação aos equipamentos e insumos o que é crucial no atendimento de emergência de alta complexidade realizada por estes hospitais. Porém, chama a atenção a melhor avaliação no HR do quantitativo de profissionais que deve ser por conta do número de especialidades existentes e o número de residentes aí em formação, assim como, a avaliação menos negativa em relação à gestão e a organização do trabalho.

A melhor avaliação dos enfermeiros em relação às condições oferecidas em comparação com os médicos tem maior significância nas questões do conforto como condição de trabalho, limpeza, repouso, qualidade da refeição e quantidade de materiais para o desenvolvimento das atividades. Essa melhor avaliação dos enfermeiros poderá também estar associada ao perfil destes profissionais, onde ficou evidenciado uma maior vinculação à

unidade, como foi visto anteriormente, e um maior conhecimento das rotinas hospitalares e inserção na gerência das emergências pelos enfermeiros.

Outras investigações também reconhecem o papel da enfermagem como coordenadora das atividades (LIMA, 2000, FORMIGA; GERMANO, 2005 e AGUIAR et al., 2005), além de aplicar os fundamentos das escolas de administração científica e clássica, privilegiando as condutas técnico-científicas, ética-políticas, sócio-educativas. De acordo com Greco (2004), o mercado profissional espera que o enfermeiro tenha capacidade para trabalhar com conflitos, enfrentar problemas, negociar, dialogar, argumentar, propor e alcançar mudanças, com estratégias que o aproximem da equipe e do cliente, contribuindo para a qualidade do cuidado, ou seja, espera-se do enfermeiro uma capacidade para gerenciar.

O gerenciamento e organização do trabalho, como categoria pior avaliada pelos enfermeiros, corrobora com esse maior envolvimento e conhecimento por parte dos enfermeiros, tornando os resultados mais críticos, que também foram evidenciados nos resultados encontrados por Pereira e Fávero (2001) em estudo sobre a motivação em hospital universitário em que identificou a organização do trabalho como a categoria mais desmotivadora.

Além disto, ao se relacionar a motivação com as condições oferecidas percebe-se que os enfermeiros têm uma maior motivação para o trabalho e uma melhor avaliação das condições oferecidas pelos hospitais e os médicos têm uma menor motivação e uma pior avaliação das condições, parecendo haver uma associação entre melhores condições oferecidas e maior motivação para o trabalho. Borges e Alves Filho (2001) refere que a melhoria das condições de trabalho e as recompensas econômicas não geram necessariamente maior envolvimento ou maior motivação, porém afasta barreiras para o crescimento do desempenho. Principalmente no caso dos profissionais de saúde, este raciocínio é aplicável, porque têm um trabalho rico de conteúdo e de sentido social.

Porém, este mesmo comportamento não é percebido na relação entre motivação e condições oferecidas quando são avaliados por hospitais. Os profissionais demonstraram uma maior motivação para o trabalho no HOF e uma pior avaliação das condições oferecidas entre os hospitais pesquisados, assim como, o HGV tem os profissionais com a menor motivação e uma avaliação “menos ruim” das condições oferecidas.

A boa motivação dos profissionais de saúde apreendida neste estudo traz elementos que ajudam na compreensão do processo de trabalho e na sua interação com as organizações de saúde. O primeiro elemento é a compreensão de que a realização profissional é a principal motivação para o trabalho, a consequência dessa maior motivação deveria ser uma maior

dedicação ao trabalho e conseqüentemente a melhor qualidade da assistência prestada à população. O segundo é o grau de importância que dá para as relações com seus colegas de trabalho, assim como, o quanto é importante o seu trabalho para sociedade, embora não perceba o reconhecimento ao seu trabalho. O terceiro é a importância dada à estabilidade e o conseqüente valor dado à remuneração, como motivo para trabalhar na emergência, ou seja, salário é uma boa motivação para o trabalho. Para Tamayo e Paschoal (2003) a compreensão deste perfil motivacional dos trabalhadores possibilita o desenvolvimento de estratégias de motivação da organização que levam em conta os valores e metas dos trabalhadores, além do impacto na qualidade da assistência aos usuários.

Por outro lado, as péssimas condições de trabalho percebidas pelos profissionais são coerente com a baixa percepção do fator motivacional prestígio, ou seja, não oferecem melhores condições por que não valorizam, não reconhecem o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde. Assim como, evidencia um pequeno protagonismo destes profissionais dentro das unidades e uma pequena força social dos profissionais na determinação de melhores condições de trabalho.

## Referências

- AGUIAR, A. B. et al. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás**. Goiânia, v. 7, n. 3, p. 319-327, 2005.
- ALVES FILHO, A.; BORGES, L. O. Motivação no trabalho para os profissionais de saúde do SUS em Natal. In: Borges L. O. **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 199-222.
- ANSEMI, M. L.; DUARTE, G. G.; ANGERAMI, E. L. S. “Sobrevivência” no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p.13-18, 2001.
- AQUINO, C. P. **Administração de Recursos Humanos: uma introdução**. São Paulo: Atlas, 1980.
- BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, 2006.
- BORGES, L. O. A estrutura fatorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de um questionário. **Estudos de Psicologia/Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, Natal, v. 4, n. 1, p. 107-139, 1999.
- BORGES, L. O. **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- BORGES, L. O.; TAMAYO, A.; ALVES FILHO, A. Significado do trabalho entre os profissionais de saúde. In: BORGES, L. O. **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 143-198.
- BORGES, L. O.; ALVES FILHO, A. A mensuração da motivação e do significado do trabalho. **Estudos de Psicologia/Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, Natal, v. 6, n. 2, p. 177-194, 2001.
- CECILIO, L. C. O. et al. O pagamento de incentivo financeiro para os funcionários como parte da política de qualificação da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1655-1663, 2002.
- COUTINHO NETO, O. B. **Estudo sobre carga de trabalho e processo de desgaste de auxiliares de enfermagem de um hospital universitário de Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CPqAM/FIOCRUZ, 1998.
- DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho** – Estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Oboré, 1998.

DUTTON, D. Financial organizational and professional factors affecting health care utilization. **Social Science & Medicine**, New York, v. 23, n. 7, p. 721-735, 1986.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 319-328, 2005.

FORMIGA, J. M. M.; GERMANO R. M. Por dentro da história: o ensino de Administração em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 222-226, 2005.

GONÇALVES, E. L. **Administração de recursos humanos nas instituições de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1987.

GRECO, R. M. Ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 504-507, 2004.

LIMA, M. A. D. S. et al. Concepções de enfermeiras sobre seu trabalho no modelo clínico de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 343-354, 2000.

MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação cardiológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 99-117, 1998.

MELARA, S. V. G. et al. Motivação da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 13, n. 3, p. 61-69, 2006.

MONTGOMERY, D. C.; PECK, E. A.; VINING, G.G. **Introduction to linear regression analysis**. Wiley Series in Probability and Statistics, 2001.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. et al. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 97-102, 2006.

PASTI, M. J.; GIR, E.; COLETA, J. A. D. Perfil motivacional do enfermeiro atuante em um hospital geral do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 33-41, 1999.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 7-12, 2001.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 329-336, 2007.

PORTO, J. B.; TAMAYO, A. Escala de Valores Relativos ao Trabalho – EVT. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 2, p.145-152, 2003.

PORTO, J. B.; TAMAYO, A. Influência dos valores laborais dos pais sobre os valores laborais dos filhos. **Psicologia: Reflexão & Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 151-158, 2006.

SILVA, C. L. **Escala padrão do questionário de motivação para o trabalho (F. Toro) para os trabalhadores nos grupos de enfermagem da cidade de Porto Velho - Rondônia – Brasil**. Porto Velho: Fundação Universidade Federal de Rondônia, 2001. Ano I, n. 32.

TAMAYO, A.; PASCHOAL, T. A. A relação da motivação para o trabalho com as metas do trabalhador. **Revista Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 33-54, 2003.



## **6 A OBSERVAÇÃO DOS PESQUISADORES: As condições oferecidas aos usuários e a organização das emergências**

### **6.1 Introdução**

Avaliar as condições oferecidas e organização das unidades de emergência exige de quem o faz a perspectiva de para quem realiza. As observações realizadas pelos pesquisadores têm como perspectiva e centralidade os usuários da assistência de urgência e emergência. Para Deslandes (2002) resgatar a ótica dos usuários e a partir daí redimensionar a centralidade deste objeto de trabalho, o sujeito-humano que constitui (ou deveria constituir) o eixo central do trabalho médico e de saúde, é uma condição vital para a mudança da relação entre profissionais e usuários.

O não reconhecimento da centralidade dos usuários leva à brutalização e desrespeito aos direitos dos usuários cidadãos. Um relato extremo desta situação é o realizado por Gomes, Nations e Luz (2008) que, em estudo antropológico, investiga a experiência humana da hospitalização do ponto de vista do paciente internado em um hospital público, onde a maioria (83,6%) dos acontecimentos foi interpretada como “desprezo” e “humilhação”. “Longe de promover a saúde, a internação frequentemente resulta em sofrimento, em razão de abuso de poder, discriminação e desmoralização”.

A centralidade dos usuários exige mudanças que não deve se restringir à relação entre profissionais e usuários, mas, também uma mudança entre serviços e sistema de saúde com os usuários. A organização da assistência de urgência pode apresentar evidências desta brutalização e desrespeito dos direitos das pessoas, assim como, das condições de trabalho que levam ao estresse dos profissionais (BATISTA; BIANCHI, 2006) e conseqüentemente a uma má qualidade da assistência.

Avaliar as condições oferecidas pelos hospitais aos usuários através da observação de quem pesquisa permite ao investigador formular uma avaliação própria do objeto de investigação, ou seja, permite ao investigador também ser protagonista, sujeito, da avaliação. Esta opção é ainda mais robusta na medida em que os sujeitos (trabalhadores) e objetos (usuários) da ação da assistência de urgência também participam da avaliação da qualidade da assistência, como foi visto nos capítulos anteriores.

Além das competências da fala e da escuta, empregadas nas entrevistas, a observação segundo Flick (2004), é outra habilidade diária metodologicamente sistematizada e aplicada na pesquisa qualitativa. A observação se torna uma técnica científica na medida em que: serve a um objetivo formulado de pesquisa; é sistematicamente planejada; é sistematicamente registrada e ligada a proposições mais gerais, em vez de ser apresentada como conjunto de curiosidades interessantes e é submetida a verificações e controles de validade e precisão (SELLTIZ et al., 1975).

Uma das condições fundamentais de se observar bem é limitar e definir com precisão o que se deseja observar. Isto assume tal importância na ciência, que se torna uma das condições imprescindíveis para garantir a validade da observação (RUDIO, 1999).

Contandriopoulos (1999) distingue quatro grandes formas de observação dos indivíduos: a observação sistemática, a observação ligada à entrevista, a observação participante e a observação livre, que se distinguem pela distância entre o pesquisador e a ação que se desenvolve.

Gil (1999) relata que a observação sistemática é freqüentemente utilizada em pesquisas que tem como objetivo a descrição precisa dos fenômenos ou o teste de hipóteses. Sendo assim, sua principal característica é a predefinição de categorias a serem observadas, ao contrário da observação simples (ou livre), que atende a objetivos especificamente exploratórios, pois a coleta de informações é espontânea.

De um modo geral, essa forma de observação é uma abordagem ao campo observado que parte de uma perspectiva externa. Por isso, deve ser aplicada principalmente na observação de espaços públicos, nos quais o número de membros não pode ser limitado ou definido. Além disso, é uma tentativa de observar eventos à medida que ocorrem naturalmente. Resta ainda a dúvida sobre até que ponto esse objetivo consegue ser cumprido, pois, em todo caso, o ato da observação influencia os observados (FLICK, 2004).

Para minimizar a influência da presença do observador, já que não é possível omitir a sua ação de observação, é necessário garantir que o observado não se sinta ameaçado (Gil, 1999). Para isso, o observador deve explicar e divulgar a pesquisa anteriormente, de forma a conquistar a cooperação dos observados.

Os registros da observação sistemática são feitos freqüentemente a partir de roteiros e categorias predefinidas, de acordo com o objeto e o objetivo do estudo (GIL, 1999).

Em qualquer processo de observação sistemática, devemos considerar os seguintes elementos:

- a) Por que observar (referindo-se ao planejamento e registro da observação);

- b) Para que observar (objetivos da observação, definidos pelo interesse da pesquisa);
- c) Como observar (instrumentos que utiliza para a observação);
- d) O que observar (o campo da observação) e
- e) Quem observa (sujeito da observação: o observador).

Estes itens pretendem indicar que a observação sistemática:

1. Deve ser planejada, mostrando-se com precisão como deve ser feita, que dados registrar e como registrá-los;
2. Tem como objetivo obter informações da realidade empírica, a fim de verificar as hipóteses que foram enunciadas nas pesquisas. Deve-se, portanto, indicar quais as informações que realmente interessam à observação;
3. A fim de obter essas informações é necessário utilizar um instrumento: que instrumento utilizar e como aplicá-lo a fim de obter exatamente as informações desejadas;
4. É necessário indicar e limitar a “área” da realidade empírica onde as informações podem e devem ser obtidas;
5. É necessário que o observador tenha competência para observar e obtenha os dados com imparcialidade, sem contaminá-los com suas próprias opiniões e interpretações (Rudio, 1999).

## **6.2 Metodologia da observação**

### **6.2.1 Elaboração dos instrumentos de observação**

A observação proposta por este estudo, buscou perceber a qualidade do atendimento prestado através da avaliação das condições objetivas e normatizações encontradas no ambiente de atendimento no hospital e foi mais uma técnica de investigação complementar ao processo de avaliação. Foi utilizada como método de coleta de dados a observação sistemática, mais objetiva, com uma tabela e roteiro para o preenchimento dos eventos observados.

Para sua realização, foram identificadas na Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa (Capítulo 3) as dimensões e questões que poderiam ser avaliadas a partir da observação do ambiente, sendo então construídos os roteiros das observações.

A observação sistemática sobre a existência ou não de condições adequadas ao atendimento com qualidade, em pontos críticos das unidades de urgência, teve dois tipos de abordagens: uma mais objetiva, com questões fechadas, realizada pelos bolsistas coletadores de dados da pesquisa e uma outra de caráter subjetivo, com questões abertas a serem observadas pelo pesquisador condutor da pesquisa.

A primeira abordagem da observação sistemática (APÊNDICE F) foi dividida em dois blocos de questões:

- ✓ Observações gerais sobre a organização do trabalho e do ambiente e
- ✓ mensuração dos tempos de espera.

Nas observações gerais foram realizadas em relação à:

- Existência de sinalização que facilite o deslocamento do usuário sem ajuda;
- Divulgação de forma clara das especialidades oferecidas pelo hospital, ao usuário;
- Existência de acomodações para os acompanhantes;
- Realização de limpeza imediata na presença de vômito, sangue, urina, água ou outros resíduos.

Para coleta das observações gerais foi sinalizado sim ou não de acordo com a existência das condições pesquisadas, ficando assim estruturado o instrumento da coleta de dados:

<b>OBSERVAÇÕES GERAIS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Os ambientes do hospital são bem sinalizados: (Considerar <b>Sim</b> se os setores da unidade estiverem indicados por placas com sinais de fácil visualização e compreensão)		

Os tempos de espera foram mensurados pelos acadêmicos de medicina, nos turnos diurno e noturno, e avaliaram:

- a. Tempo de espera da chegada do paciente até sua entrada no hospital;
- b. Tempo de espera da entrada do paciente até ser atendido pelo médico ou enfermeiro;
- c. Tempo de espera para realizar exames de imagens (raio X, endoscopia, ultrassonografia, tomografia, medidos separadamente);
- d. Laboratório - sangue e urina (tempo entre solicitação e coleta, e tempo entre solicitação e entrega).

O instrumento de coleta de dados, ficou assim estruturado:

<b>MENSURAÇÃO DOS TEMPOS DE ESPERA DIURNO</b>	<b>Usuário 1</b>		<b>Usuário 2</b>	
	Hora	Min	Hora	Min
Tempo de espera para realizar exames de imagens (iniciar a mensuração a partir da hora registrada na solicitação do exame, até a hora de entrada na sala para realizar o exame).				
Raio X				
Endoscopia				
Ultrassonografia				
Tomografia				

A segunda abordagem, como tinha uma maior complexidade na sua observação foram realizadas pelo pesquisador por exigirem uma maior experiência na vivência do cotidiano do hospital, além de uma inserção no debate teórico das dimensões avaliadas neste estudo. Para isto foi elaborado um roteiro de observação a ser preenchido (ANEXO VII) pelo pesquisador, além das anotações do diário de campo sobre as seguintes questões:

- Existência de equipe multiprofissional que garanta a integralidade da assistência no momento da chegada do paciente;
- Política de acolhimento adotada pela emergência;
- Implantação da avaliação classificatória de risco para definição de prioridade no atendimento;
- Existência do encaminhamento do paciente a outro serviço de forma responsável e formal;
- Informação ao usuário do tempo médio de espera para o atendimento.

### 6.2.2 Coleta das observações

As observações sistemáticas realizada pelos bolsistas foram colhidas uma durante o dia e outra durante a noite por cada bolsista, em todos os dias da semana, ou seja, quatorze observações por hospital, quarenta e duas sessões de observações no total. Estas observações constam da **percepção das condições gerais** oferecidas pelos hospitais e a **mensuração dos tempos de espera**, como foi visto anteriormente na elaboração dos instrumentos de coleta.

Para observação dos tempos de espera para adentrar à emergência, conforme cronograma organizado previamente, cada observador no seu turno de observação, escolheu

aleatoriamente, na recepção, dois usuários e observou o tempo decorrido da sua chegada até a entrada no hospital. A segunda mensuração de tempo de espera foi o período entre a entrada do usuário no hospital o tempo até ser atendido pelo médico ou enfermeiro.

Com relação aos exames de imagem, os observadores ficaram no local de realização dos exames de endoscopia, tomografia, raio X e ultra-sonografia, observando a saída dos pacientes que realizaram os exames anotando a hora da solicitação do exame a hora da saída e anotando o tempo decorrido entre o pedido e a realização do exame.

Com relação aos exames laboratoriais, foram realizadas duas observações, na primeira os observadores acompanharam a coleta do laboratório anotando o horário de solicitação e o horário de realização da coleta, fazendo o cálculo do tempo decorrido entre a solicitação e coleta do exame. Na segunda, observou-se o horário de entrega dos resultados pelo laboratório para calcular o tempo decorrido entre a solicitação e a entrega dos resultados.

Cada bolsista realizou as mensurações dos tempos de atendimento de dois pacientes para cada exame, em turnos distintos (dia e noite), nos sete dias da semana totalizando 42 observações para cada um dos tempos de espera mensurados. Novamente, estes tempos não precisaram corresponder aos mesmos usuários.

A coleta da observação realizada pelo pesquisador teve um caráter mais subjetivo, a observação da política de qualificação empreendida pela emergência hospitalar, e requereu um maior acúmulo teórico do observador. Estas observações realizadas em cada um dos hospitais foram realizadas na forma de relatos das observações e do preenchimento do diário de campo para ao final elaborar o relatório final conforme o roteiro elaborado (APÊNDICE G) e anotações no diário de campo (DC).

### 6.2.3 Plano de análise das observações

A análise da observação, sobre as condições oferecidas pelas unidades, foi realizada quanto:

- Dimensões qualitativas;
- Observações gerais sobre a organização do trabalho e do ambiente;
- Mensuração dos tempos de espera.

Foram avaliadas duas dimensões qualitativas, o respeito aos direitos dos usuários e o acolhimento. Em relação ao respeito aos direitos dos usuários foram avaliadas:

- ✓ Garantia de acomodações para acompanhante; e
- ✓ Limpeza do ambiente.

Em relação à conduta acolhedora do serviço, foram realizadas observações sobre:

- ✓ Existência de equipe multiprofissional para o acolhimento;
- ✓ Avaliação do paciente logo na sua chegada;
- ✓ Acesso ao serviço de acordo com a gravidade do caso;
- ✓ Informação dos tempos de espera aos usuários;
- ✓ Presença de sinalização que garantisse a autonomia de locomoção dos usuários; e
- ✓ Mensuração dos tempos de espera.

Os resultados serão apresentados em dois grandes blocos: relato das observações das emergências pela equipe de pesquisa e a avaliação dos tempos de espera. O relato das observações foi subdividido em:

- a) Acolhimento;
- b) Implantação e organização da emergência de acordo com a classificação de risco;
- c) Responsabilização com os usuários;
- d) Sinalização e divulgação das especialidades;
- e) Roupas hospitalares;
- f) Acomodação para acompanhante;
- g) Limpeza do ambiente.

Para análise dos tempos de espera, os resultados obtidos na sua mensuração foram agrupados em faixas de tempo de acordo com o grau de dificuldade para sua realização ou de acordo com o grau de risco e complexidade do exame. Os tempos de espera também são apresentados com os seus tempos mínimos, médios e máximos, a quantificação da variação das observações foi realizada calculando-se o desvio padrão.

## 6.3 Resultados das Observações

### 6.3.1 Relato das observações das emergências

#### a) Acolhimento

A equipe de acolhimento da emergência do HR conta com cinco profissionais: um psicólogo, um assistente social, uma professora de educação física e dois profissionais de nível médio, denominados facilitadores de fluxo, funcionando durante o período diurno de segunda a sexta-feira. No período noturno e nos finais de semana o acolhimento só conta com os facilitadores (DC 1).

Nesta emergência a equipe de acolhimento dá orientação aos usuários quando chegam ao serviço, procurando minimizar os conflitos com os acompanhantes e ajudando os pacientes a percorrerem os setores do hospital que necessitam ir para a realização de algum procedimento ou exame. Na orientação dada aos pacientes enquanto os mesmos aguardam atendimento, é informado sobre os tempos de espera de acordo com seu grau de risco. Nenhuma das três emergências tem sinalização visual sobre os tempos de espera.

No HGV a equipe de acolhimento é composta por um enfermeiro, um psicólogo e um assistente social que realizam seu trabalho no período diurno. À noite e nos finais de semana fica um facilitador de fluxo, funcionário do serviço social de nível médio de plantão para o acolhimento. Nesta emergência são prestadas orientações pela equipe de acolhimento aos usuários procurando agilizar o atendimento, realização de exames e transferências, além de contornar problemas como a falta de algum especialista encaminhando o usuário para o próprio ambulatório do hospital ou outro serviço. Não é informado o tempo de espera ao usuário (DC 2).

A equipe de acolhimento da emergência do HOF é composta por um assistente social, um psicólogo e um funcionário administrativo em regime de plantão no período diurno, todos os dias da semana. A equipe dá orientações aos usuários sobre o atendimento e os encaminhamentos para o ambulatório do próprio hospital. Não é informado o tempo de espera para os pacientes que aguardam o atendimento (DC 3).



## b) Implantação e organização da emergência de acordo com a classificação de risco

As três emergências têm uma única entrada para todos os graus de risco, diferente da recomendação da existência de dois acessos, uma para o eixo vermelho em que os pacientes mais graves têm acesso direto à sala de estabilização e outra para o eixo azul onde é realizada a classificação de risco (BRASIL, 2004a). No HR e HGV a classificação de risco não é realizada no acolhimento, é feita na área dos consultórios do pronto-atendimento.

A classificação de risco no HR (DC 1) é realizada pelo enfermeiro em sala apropriada das 7 às 22 horas, em todos os dias da semana. O enfermeiro faz a primeira consulta classificando os pacientes por grau de risco, colocando um adesivo nos prontuários de acordo com a classificação, vermelho para alto risco, tendo que ter atendimento imediato; amarelo para o paciente que pode esperar até 15 minutos; verde para o paciente que pode esperar até 30 minutos e azul para aqueles que podem esperar até 3 horas. A partir desta classificação o paciente é atendido pelo médico clínico, que fica em sala ao lado da sala do enfermeiro.

Nas observações realizadas ficou evidenciado que em nenhuma das emergências pesquisadas conta com um acesso exclusivo para sala de estabilização. A área vermelha é denominada de unidade de atendimento ao trauma e recebe os pacientes vítimas de arma de fogo, arma branca, acidentes de trânsito e, no HR, os grandes queimados.

No HR apesar da colocação dos adesivos de acordo com o grau de risco, não existem espaços físicos exclusivos de acordo com o grau de risco. Só existe espaço exclusivo para os pacientes muito graves ou que requerem atitudes imediatas (unidade de trauma e unidade de cuidados intermediários), nestes espaços há a incorporação tecnológica adequada para o atendimento. Os outros pacientes ficam onde houver vagas, em boxes e nos corredores.

No HGV a classificação de risco é realizada por uma enfermeira apenas no período diurno durante a semana de segunda a sexta. Não são utilizados na classificação de risco os adesivos com cores ou qualquer outro identificador (DC 2).

Assim como no HR, esta unidade não está organizada por grau de risco, apenas a unidade de trauma e a unidade de cuidados intermediários estão destinadas aos pacientes que requerem atenção mais intensiva e onde existe tecnologia adequada para este atendimento.

Nos dois hospitais como a demanda de pacientes graves é maior do que a capacidade da unidade de trauma e cuidados intermediários, com frequência acontece de pacientes graves ficarem na emergência geral, em boxes ou nos corredores.

No HOF não é realizada a classificação de risco (DC 3), tendo como justificativa o quantitativo insuficiente de profissionais. Assim como nas outras emergências, os pacientes com traumatismos graves entram direto para sala de trauma. As urgências gerais são atendidas

pelo clínico do pronto-atendimento e dependendo da sua avaliação pode ser encaminhado à emergência.

Pode-se observar, através das falas dos enfermeiros nos três hospitais, que há um desestímulo na continuidade da realização da classificação de risco por conta da insuficiência de enfermeiros para compor a equipe de forma adequada. Outra observação é que no entendimento destes, a grande maioria dos médicos não sabem da existência da classificação de risco, não conhecem a proposta e não foram treinados pra trabalharem nessa equipe, portanto funciona bem dependendo da sensibilização do médico e do enfermeiro para a proposta.

#### c) Responsabilização com os usuários

Na emergência do HR, os casos que não podem ser resolvidos nesta unidade, são feitos o redirecionamento através de uma ficha para esta finalidade preenchida pelo enfermeiro. O paciente é transportado pela equipe de acolhimento para outro serviço em que seu problema possa ser resolvido. Quando não tem indicação de reencaminhá-lo para outra unidade especializada e não é caso de urgência, é feita apenas orientação para procurar outra unidade de saúde (DC 1).

No HGV os pacientes que não têm indicação de atendimento de urgência e apresentam problemas que possam ser tratados no ambulatório do hospital são feitos os encaminhamentos por escrito. No caso do problema não poder ser resolvido no hospital e precisar ser encaminhado a outro serviço, o caso é repassado para o serviço social, ou seja, sai da responsabilidade da equipe da emergência (DC 2).

No HOF a equipe orienta os usuários nos encaminhamentos para o ambulatório do próprio hospital e encaminham para outro serviço principalmente os grandes politraumatismos (DC 3).

Nas três emergências quando há necessidade de transferir paciente internado para outra unidade, sempre é realizada através da Central de Regulação de Leitos do Estado.

#### d) Sinalização e divulgação das especialidades

Nas emergências do HR, HGV e HOF não há divulgação das especialidades médicas oferecidas. Nas duas primeiras os ambientes hospitalares também são mal sinalizados. Na emergência do HOF há uma boa sinalização dos ambientes.

#### e) Roupa hospitalar

Na observação das emergências do HR e HGV foi constatada que só vestem roupas do hospital aqueles pacientes acamados e localizados na unidade de trauma e unidade de cuidados intermediários, os demais utilizam roupas próprias. Os pacientes do HOF internados nos boxes da emergência utilizam roupas do hospital. Os que ficam nos corredores aguardando definição utilizam roupas próprias.

#### f) Acomodação para acompanhante

Apesar de todas as emergências permitirem a presença do acompanhante no atendimento de urgência, nenhum dos hospitais oferecem qualquer tipo de acomodação.

#### g) Limpeza do ambiente

No período diurno, das 21 observações realizadas sobre a limpeza imediata do ambiente (Tabela 1) em 11 não ocorreu a limpeza. No período noturno, em 16 das 21 observações realizadas não ocorreu a limpeza imediata na presença de líquidos e resíduos no ambiente hospitalar. Não foram constatadas grandes diferenças entre os hospitais.

**Tabela 1 - Observações da limpeza imediata na presença de resíduos nas emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Limpeza imediata na presença de vômito, sangue, urina, água ou outros resíduos no ambiente.		HR		HGV		HOF	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Observação	Diurna	3	4	3	4	4	3
	Noturna	2	5		6	2	5
<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>8</b>

#### 6.3.2 Avaliação da mensuração dos tempos de espera

Ao analisar a mensuração dos tempos de espera em relação ao acesso às emergências (Tabela 2), observa-se que no período diurno 35,7% dos pacientes conseguem adentrar aos hospitais nos primeiros 5 minutos, no entanto, 19,1% dos pacientes levam mais de 20 minutos para o acesso à unidade, apresentando um tempo médio de 13 minutos (dp = 16,8) com um tempo mínimo de 1 minuto e máximo de 90 minutos. Entre as emergências, a do HOF é a que tem o acesso mais rápido, 57,1% dos pacientes acessam ao seu interior em até 5 minutos no

turno diurno. O HGV tem o maior tempo de espera para acessar a emergência, 57,1% dos pacientes levam mais de 10 minutos.

O tempo de espera para acessar as emergências no período noturno é bem menor em relação ao período diurno. A grande maioria dos pacientes (61,9%) levam menos de 5 minutos para adentrar ao hospital e somente 1 paciente (2,4%) passou mais de 20 minutos para garantir o acesso a unidade de saúde, apresentando um tempo médio de acesso nesse turno de 7 minutos (dp = 6,2) com uma variação de 0,5 a 32 minutos. À noite há uma grande semelhança dos tempos de espera para adentrar às emergências nos hospitais pesquisados.

**Tabela 2 - Tempo de espera da chegada do paciente até sua entrada no Hospital, segundo turno de trabalho e emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Turno	Tempo de espera (minutos)	HR		HGV		HOF		Geral	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Diurno	até 5	5	35,7	2	14,3	8	57,1	15	35,7
	+ de 5 até 10	6	42,9	4	28,6	3	21,4	13	31,0
	+ de 10 até 20	1	7,1	5	35,7	-	-	6	14,3
	+ de 20	2	14,3	3	21,4	3	21,4	8	19,1
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
	Médio	9		18		12		13	
	Mínimo	1		4		1		1	
	Máximo	32		90		55		90	
	Desvio padrão (dp)	9,1		21,8		16,8		16,8	
	Noturno	até 5	8	57,1	7	50,0	11	78,6	26
+ de 5 até 10		2	14,3	5	35,7	2	14,3	9	21,4
+ de 10 até 20		4	28,6	2	14,3	-	-	6	14,3
+ de 20		-	-	-	-	1	7,1	1	2,4
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
Médio		8		7		6		7	
Mínimo		3		0,5		1		0,5	
Máximo		20		19		55		32	
Desvio padrão (dp)	5,7		5,0		16,8		6,2		

Em relação ao tempo de espera dos pacientes para o primeiro atendimento por médico ou enfermeiro (Tabela 3) observa-se que no período diurno 40,5% dos pacientes passam de 0 a 20 minutos para serem atendidos no hospital e 28,6% demoram mais de 60 minutos para o atendimento, apresentando um tempo médio de 41 minutos (dp = 31,6). Entre as emergências, a do HR é a que apresenta o menor tempo de espera para o primeiro atendimento (57,1% em até 20 minutos) embora tenha apresentado o tempo máximo de espera para ser atendido (2 horas e 23 minutos). O maior número de usuários com um tempo maior de espera foi encontrado no HOF, 42,9% dos pacientes levam mais de 60 minutos para serem atendidos.

No período noturno, observa-se que há uma maior espera para o primeiro atendimento em relação ao período diurno, a maior parte dos pacientes (42,9%) aguardam entre 20 a 40 minutos para serem atendidos. Entretanto, 73,9% são atendidos nos primeiros 40 minutos e apenas 11,9% têm um tempo de espera maior do que 60 minutos. Verificou-se um tempo médio de espera para o atendimento noturno semelhante ao diurno (38 minutos) com desvio padrão de 35,3, variando entre 2 minutos e 2 horas e 58 minutos no HGV. Entre as emergências, a do HR continua com um menor tempo de espera para ser atendido, porém, com diferenças menores em relação às outras emergências.

**Tabela 3 - Tempo de espera da entrada do paciente até ser atendido pelo médico ou enfermeiro, segundo turno de trabalho e emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Turno	Tempo de espera (em minutos)	HR		HGV		HOF		Geral	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Diurno	até 20	8	57,1	4	28,6	5	35,7	17	40,5
	+ de 20 a 40	3	21,4	2	14,3	2	14,3	7	16,7
	+ de 40 a 60	1	7,1	4	28,6	1	7,1	6	14,3
	+ de 60	2	14,3	4	28,6	6	42,9	12	28,6
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
	Médio	32		47		43		41	
	Mínimo	7		5		2		2	
	Máximo	143		90		95		143	
	Desvio padrão (dp)	37,3		26,9		30,8		31,6	
	Noturno	até 20	5	35,7	4	28,6	4	28,6	13
+ de 20 a 40		6	42,9	5	35,7	7	50,0	18	42,9
+ de 40 a 60		1	7,1	2	14,3	3	21,4	6	14,3
+ de 60		2	14,3	3	21,4	-	-	5	11,9
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
Médio		30		54		31		38	
Mínimo		2		1		11		1	
Máximo		95		178		57		178.	
Desvio padrão (dp)		27,7		52,0		13,5		35,3	

A avaliação dos tempos de espera para realização de exames laboratoriais foi realizada através da mensuração do tempo entre a solicitação e coleta do exame e do tempo entre solicitação e entrega do resultado, que é o tempo total para receber o exame e, portanto, instituir as possíveis mudanças de conduta clínica em decorrência destes resultados.

Em relação ao tempo entre a solicitação e a coleta dos exames laboratoriais (Tabela 4) os resultados demonstram que no período diurno 54,8% dos pacientes têm um tempo superior a 40 minutos para coleta laboratorial e apenas 26,2% realizam a coleta em até 20 minutos, no

HR são 35,7%. Apresenta um tempo médio de 72 minutos (dp = 82,8) e um tempo máximo de espera de 7 horas e 40 minutos no HOF. No HGV 57,1% dos pacientes levam até 40 minutos para realizar a coleta e no HOF 50% dos pacientes levam mais de 60 minutos para coleta do exame.

Da mesma forma, no período noturno 54,8% dos pacientes aguardam mais de 40 minutos para a coleta laboratorial, com um tempo médio de 62 minutos (dp = 49,0). O HR apresenta o menor tempo médio para coleta do exame (54 minutos) e o HGV o maior tempo médio (70 minutos).

**Tabela 4 - Tempo de espera entre a solicitação e coleta de exames laboratoriais, segundo turno de trabalho e emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Turno	Tempo de espera (em minutos)	HR		HGV		HOF		Geral	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Diurno	até 20	3	21,4	5	35,7	3	21,4	11	26,2
	+ de 20 a 40	3	21,4	3	21,4	2	14,3	8	19,1
	+ de 40 a 60	4	28,6	2	14,3	2	14,3	8	19,1
	+ de 60	4	28,6	4	28,6	7	50	15	35,7
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
	Médio	54		63		100		72	
	Mínimo	6		4		5		4	
	Máximo	150		180		460		460	
	Desvio padrão (dp)	42,5		62,9		120,5		82,8	
	Noturno	até 20	3	21,4	1	7,1	5	35,7	9
+ de 20 a 40		3	21,4	5	35,7	2	14,3	10	23,8
+ de 40 a 60		3	21,4	2	14,3	1	7,1	6	14,3
+ de 60		5	35,7	6	42,9	6	42,9	17	40,5
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
Médio		54		70		61		62	
Mínimo		8		15		2		2	
Máximo		142		207		156		207	
Desvio padrão (dp)		38,3		54,7		54,4		49,0	

Ao analisar o tempo total para recebimento dos resultados dos exames laboratoriais, ou seja, entre a solicitação e a entrega dos resultados laboratoriais (Tabela 5), verifica-se que 42,9% dos pacientes no período diurno tiveram um tempo superior a 3 horas para entrega dos resultados dos exames e apresenta um tempo médio de 3 horas e 28 minutos (dp = 124,7), com tempo mínimo de 53 minutos e um máximo de 10 horas e 20 minutos. Entre as emergências, chama atenção que o HR apresenta um tempo bem menor para a entrega dos resultados dos exames laboratoriais em relação aos outros hospitais, 85,7% dos pacientes recebem os exames em até 3 horas, embora o tempo máximo tenha sido registrado nesta

emergência. Situação inversa é encontrada no HGV, onde 64,3% dos resultados dos exames levam 3 horas ou mais para chegarem.

No período noturno, 45,2% dos resultados apresentam um tempo superior a 3 horas para entrega dos exames laboratoriais. Apresenta um tempo médio para receberem os resultados de 3 horas e 2 minutos (dp = 60,3), com um tempo mínimo de 68 minutos e um tempo máximo de 5 horas e 40 minutos. Entre as emergências, a do HOF é a que apresenta o menor tempo para recebimento dos resultados dos exames laboratoriais, 64,3% dos pacientes levam até três horas para o recebimento dos resultados. No HGV e HR 50% dos exames laboratoriais levam mais de três horas para chegarem os resultados.

**Tabela 5 - Tempo de espera total para recebimento dos resultados dos exames laboratoriais segundo turno de trabalho e emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Turno	Tempo de espera (em horas)	HR		HGV		HOF		Geral	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Diurno	até 2	5	35,7	1	7,1	3	21,4	9	21,4
	+ de 2 a 3	7	50,0	4	28,6	4	28,6	15	35,7
	+ de 3 a 5	-	-	7	50,0	4	28,6	11	26,2
	+ de 5	2	14,3	2	14,3	3	21,4	7	16,7
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
	Médio	3,16		3,55		3,7		3,47	
	Mínimo	0,88		1,42		1,0.		0,88	
	Máximo	10,3		6,75		8,8		10,3	
	Desvio padrão (dp)	166,4		79,5		120,3		124,7	
	Noturno	até 2	2	14,3	1	7,1	4	28,6	7
+ de 2 a 3		5	35,7	6	42,9	5	35,7	16	38,1
+ de 3 a 5		7	50,0	5	35,7	5	35,7	17	40,5
+ de 5		-	-	2	14,3	-	-	2	4,8
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
Médio		1,0		3,47		2,68		3,03	
Mínimo		1,72		1,83		1,13		1,13	
Máximo		4,5		5,67		4,28.		5,67	
Desvio padrão (dp)		48,9		66,7		58,4		60,3	

Quanto ao tempo para realização dos exames de raio X (Tabela 6), observa-se que no período diurno a maior parte dos pacientes, 69%, realizam o exame em até uma hora, apresentando um tempo médio para realização do exame de 53 minutos (dp = 41,0) e um máximo de 2 horas e 24 minutos. Entre as emergências, a do HGV é a que apresenta o menor tempo de espera, 57,1% dos pacientes realizam o raio X em no máximo 20 minutos no período diurno, enquanto no HOF 50% levam mais de 1 hora.

No período noturno, o tempo de espera para realização do raio X é menor que no período diurno, 61,9% realizam o exame em até 40 minutos, com um tempo médio de 47 minutos (dp = 42,4), porém um tempo máximo de 3 horas e 20 minutos. Ao contrário do período diurno, a emergência do HOF é a que apresenta um menor tempo de espera para realização do raio X, 78,1% levam até 40 minutos enquanto no HR 56,9 % levam mais de 40 minutos para sua realização.

**Tabela 6 - Tempo de espera para realização do exame de raio X, segundo turno de trabalho e emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Turno	Tempo de espera (em minutos)	HR		HGV		HOF		Geral	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Diurno	até 20	1	7,1	8	57,1	2	14,3	11	26,2
	+ de 20 a 40	5	35,7	2	14,3	2	14,3	9	21,4
	+ de 40 a 60	4	28,6	2	14,3	3	21,4	9	21,4
	+ de 60	4	28,6	2	14,3	7	50,0	13	31,0
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
	Médio	54		34		70		53	
	Mínimo	16		2		12		2	
	Máximo	125		133		144		144	
	Desvio padrão (dp)	33,6		39,7		43,5		41,0	
	Noturno	até 20	2	14,3	4	28,6	5	35,7	11
+ de 20 a 40		4	28,6	5	35,7	6	42,9	15	35,7
+ de 40 a 60		2	14,3	3	21,4	1	7,1	6	14,3
+ de 60		6	42,9	2	14,3	2	14,3	10	23,8
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
Médio		70		35		35		47	
Mínimo		8		2		10		2	
Máximo		200		67		83		200	
Desvio padrão (dp)		61,6		21,6		22,8		42,4	

No período da pesquisa, as emergências do HGV e HOF não contavam com os exames de endoscopia, ultrassonografia no período da noite e finais de semana. As tomografias do HGV e HOF eram realizadas em serviços externos aos dois hospitais nos sete dias da semana. Os pacientes são transportados até estas clínicas para realização da tomografia. A emergência do HR conta com todos os exames nos dois turnos e em todos os dias da semana, com exceção da ultrassonografia em que só era realizada no período diurno, além de realizar a tomografia no próprio hospital.

Portanto, na avaliação dos tempos de espera para realização da endoscopia e ultrassonografia a observação foi realizada no período diurno porque nas emergências do HGV e HOF estes exames só se realizam neste período. As tomografias apesar de serem



realizadas nos dois turnos, a avaliação só ocorreu no período diurno em função do pequeno volume deste exame no período noturno no HGV e HOF.

Em relação ao tempo de espera para realizar a endoscopia (Tabela 7) observa-se que as faixas de tempos gerais e o tempo médio e máximo foram influenciados pelos altos tempos para realização do exame no HOF. Na emergência do HR 71,4% dos pacientes realizam a endoscopia nas três primeiras horas após a solicitação do exame, com um tempo mínimo de 45 minutos. Demoram mais de 6 horas para realização da endoscopia 80% dos pacientes do HOF e 50% dos pacientes do HGV, com um tempo médio de 1 dia, 7 horas e 20 minutos no HOF.

**Tabela 7 - Tempo de espera para realizar Endoscopia, segundo emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Tempo de espera (em horas)	HR		HGV		HOF		Geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
até 1 hora	5	35,7	-	-	2	20,0	7	23,3
+ de 1 até 3 horas	5	35,7	1	16,7	-	-	6	20,0
+ de 3 até 6 horas	1	7,1	2	33,3	-	-	3	10,0
+ de 6 horas	3	21,4	3	50,0	8	80,0	14	46,7
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
Médio	3,13		5,25		31,3		12,96	
Mínimo	0,75		2,58		0,83		0,75	
Máximo	10,92		8,0		96		96	
Desvio padrão (dp)	188,5		143,4		1832,0		1302,1	

Observação: 8 coletas do HGV e 4 do HOF não foram realizadas porque nestes hospitais a endoscopia não é realizada nos finais de semana.

Ao analisar o tempo de espera para realizar a ultrassonografia (Tabela 8) observa-se que 83,3% dos pacientes do HR e 70,0% do HGV realizam o exame em até 3 horas. O tempo de espera é maior no HOF, 50% dos pacientes levam mais de 6 horas para realizarem o exame, este resultado influencia no tempo médio geral para realização do exame (9 horas e 13 minutos).

**Tabela 8 - Tempo de espera para realização da Ultrassonografia, segundo emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Tempo de espera (em horas)	HR		HGV		HOF		Geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
até 1	3	25,0	3	30,0	1	10,0	7	21,9
+ de 1 até 3	7	58,3	4	40,0	2	20,0	13	40,6
+ de 3 até 6	1	8,3	1	10,0	2	20,0	4	12,5
+ de 6	1	8,3	2	20,0	5	50,0	8	25,0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
Médio	2,25		4,9		21,9		9,2	
Mínimo	0,37		0,75		0,45		0,37	
Máximo	6,57		22,1		77,1		77,1	
Desvio padrão (dp)	102,1		417,5		1758,0		1107,8	

Observação: 4 coletas do HGV e HOF não foram realizadas por não serem realizados estes exames nos finais de semana, 2 coletas do HR não foram realizadas.

Os tempos de espera para realização da tomografia (Tabela 9) têm comportamentos bem distintos, a emergência do HR faz o exame em até 3 horas em 75% dos pacientes que precisam do exame, com um tempo médio de 2 horas e 18 minutos, bem menor que no HOF e HGV. No HGV 75% e no HOF 80% levam mais de 6 horas para realização do exame.

**Tabela 9 - Tempo de espera para realização da Tomografia, segundo emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Tempo de espera (em horas)	HR		HGV		HOF		Geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
até 1	3	25,0	-	-	2	20,0	5	16,7
+ de 1 até 3	6	50,0	-	-	-	-	6	20,0
+ de 3 até 6	2	16,7	2	25,0	-	-	4	13,4
+ de 6	1	8,3	6	75,0	8	80,0	15	46,9
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
Médio	2,3		11,1		41,95		17,87	
Mínimo	0,22		5,5		0,75		0,22	
Máximo	6,13		23,22		90,67		90,67	
Desvio padrão (dp)	109,6		384,3		1973,2		1541,1	

Observação: 6 coletas de dados do HGV, 4 coletas do HOF não foram realizadas em função do pequeno volume de exames nestas emergências. 2 coletas de dados do HR não foram realizadas porque o tomógrafo estava quebrado.

## 6.4 Discussão

A classificação de risco no atendimento de urgência é uma tecnologia que teve origem em situações de guerra. A partir da década de 1950 foram desenvolvidos modelos de estratificação do risco e consequentemente a determinação do ordenamento do fluxo da porta emergência de acordo com o grau de risco. As principais proposta da classificação de risco são os Modelos Australiano, Canadense, de Manchester e Americano (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

No Brasil, desde a década de 1990 a proposta do acolhimento nas unidades de saúde já era defendida por Merhy, Campos, e Cecílio (1994) como estratégia da humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários. Para Franco, Bueno e Merhy (1999) o acolhimento estabelece o processo de trabalho centrado no interesse do usuário, constituindo-se, portanto, em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento.

Em 2004 o Programa Nacional de Humanização se torna política e, conjuntamente com Política Nacional de Qualificação da Atenção à Saúde - QualiSUS (BRASIL, 2003), lançam o **acolhimento com classificação de risco** (BRASIL, 2004b), juntando a experiência do acolhimento com a proposta da classificação de risco desenvolvida pelo Modelo Canadense como uma proposta indissociável para humanização da assistência de urgência.

Portanto, esta é a grande ferramenta adotada em todo mundo para reorganização da assistência de urgência, ponto crítico na avaliação da qualidade dos sistemas de saúde. Apesar destes hospitais de Pernambuco terem sido objeto da implantação do QualiSUS (BRASIL, 2004c), o acolhimento com classificação de risco nas emergências caracterizava-se por uma dissociação entre o acolhimento e a classificação de risco, no HOF sequer era realizada a classificação de risco. A implantação do Acolhimento com Classificação de Risco pressupõe o acolhimento realizado por todos os profissionais de saúde, e deve traduzir-se em qualificação da produção de saúde complementando-se com a responsabilização dos encaminhamentos realizados e a brevidade e o suporte técnico para o atendimento baseado no grau de risco (BRASIL, 2004b).

Entre as emergências, a do HR foi a que apresentou uma maior diversidade e um maior número de profissionais compondo a equipe do acolhimento. Todas as três emergências têm um funcionamento precário à noite e nos finais de semana, nestes turnos o acolhimento é realizado por “facilitadores”, funcionários administrativos.

Em estudo sobre o acolhimento ao paciente e família, com diagnóstico clínico de infarto agudo do miocárdio, Schneider et al (2008) destaca a importância do acolhimento para melhoria da qualidade da assistência, defendendo que o acolhimento precisa deixar de ser problema da recepção e tornar-se objeto da prática de toda equipe de saúde. Em outro trabalho sobre a implantação da proposta de acolhimento em todo sistema municipal de saúde de Vitória da Conquista, Solla (2005) destaca a transversalidade do acolhimento na assistência: “Assim, o 'acolhimento' é mais do que uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais”.

O funcionamento mais amplo e mais efetivo da classificação de risco foi evidenciado na emergência do HR onde o atendimento se estende às dez horas da noite, e foi o único em que esta classificação era comunicada através da colocação de tarjas coloridas de acordo com o grau de risco nos prontuários do paciente, além de ser o único em que era informado o tempo que o usuário deve levar para ser atendido. Apesar disto, nenhuma das emergências pesquisadas tinham o seu espaço organizado para o atendimento de acordo com a classificação de risco. Embora tenham o atendimento imediato às vítimas de violência realizado na unidade de trauma, assim como, o atendimento imediato das emergências clínicas detectadas na classificação de risco no HR e HGV.

Nas três unidades, grande parte dos pacientes das emergências encontrava-se internados, chegando a ter alta hospitalar da internação por cura sem passar pelas enfermarias, local apropriado para internação. Os que saem da emergência para a enfermaria, quase sempre, passam por cirurgia ou internação na Unidade de Terapia Intensiva. Esta realidade das emergências evidencia uma não organização dos espaços e da assistência de acordo com o grau de risco, assim como, uma não priorização dos leitos hospitalares para a porta da emergência e o conseqüente impedimento à progressão natural do atendimento de emergência que é a estabilização do paciente na emergência e sua posterior internação para realização de cirurgia, internação na Unidade de Terapia Intensiva ou internação nas enfermarias, sem isso ocorrerá inevitavelmente a superlotação das emergências e a desumanização da assistência.

Apesar do reconhecimento da importância estratégica do acolhimento com classificação de risco, não foi percebida a adesão dos profissionais das emergências à proposta, particularmente os enfermeiros e médicos, “justificada” pela carência de enfermeiros e a pouca mobilização dos médicos à proposta. Como esta foi a percepção obtida

dos profissionais enfermeiros fica evidenciada a “disputa” entre enfermeiros e médicos pela responsabilização do insucesso da proposta, demonstrando uma não sensibilização, capacitação e adesão dos enfermeiros e médicos à implantação do acolhimento com classificação de risco nas emergências. Problema semelhante detectado no relato da implantação da classificação de risco num serviço de emergência em Santa Catarina, onde os autores (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007) alertam para dois aspectos importantes que deverão ser abordados com cuidado e responsabilidade, a inevitável resistência por parte dos profissionais que atuam no serviço de emergência, como sempre acontece, quando se introduzem novos conceitos que exigem mudanças de paradigmas e a capacitação dos profissionais para realizar o acolhimento com classificação de risco.

A busca por uma maior autonomia de locomoção dos usuários está bastante comprometida, principalmente nas emergências do HR e HGV, por sua má sinalização. Por outro lado, na emergência do HOF além de melhor sinalizada há um maior respeito aos direitos das pessoas e humanização na atenção ao usuário em relação às acomodações para o acompanhante e vestuário hospitalar. A eficiência da limpeza hospitalar estava bastante deficiente nas três emergências, principalmente no período noturno, o que não corresponde a avaliação da satisfação do usuário em relação à limpeza realizada por este estudo.

A responsabilização com os usuários no HGV e HOF restringia-se aos reencaminhamentos internos para o ambulatório ou realização de exames no próprio hospital. A emergência do HR, além de realizar estes reencaminhamentos internos, era a única unidade que realizava também para outras unidades, inclusive com ficha própria e transporte pela equipe de acolhimento para resolução do problema. Nas três emergências ficou evidenciada a institucionalização da Central de Regulação de Leitos como mecanismo de transferência dos pacientes para outros hospitais. Estes resultados evidenciam que, apesar dos problemas, a emergência é uma porta de entrada do sistema de saúde que acolhe do ponto de vista do acesso e dá resolução ao problema de saúde.

O acesso à emergência foi também avaliado através do tempo de espera para adentrar no hospital e reflete o acolhimento, a capacidade da unidade de trazer para si o sofrimento do usuário, a responsabilização e a forma como as emergências se organizam para receber seus usuários. Os tempos de espera encontrados reforçam os resultados anteriores. Foram satisfatórios no HOF e HR onde mais de 78% dos usuários levam no máximo 10 minutos para entrar no hospital, mas com resultados diferentes no HGV onde 57,1% levam mais de 10 minutos no período diurno. Quando da implantação do "Canadian Triage and Acuity Scale" em um serviço privado de urgência no estado de São Paulo (PIRES, 2003) observou-se um

tempo médio entre a chegada do paciente, avaliação pelo serviço de triagem e entrada no serviço de 3,71 minutos, resultado semelhante ao encontrado principalmente no HR.

O melhor tempo médio geral de espera da chegada do paciente até sua entrada nos três hospitais no período noturno (7 minutos) e 13 minutos no período diurno, pode ser justificado pela maior procura dos serviços de emergências durante o período diurno, resultado também encontrado por Rodriguez, Sánchez e Rodriguez (2001) e Stein (2002) no acesso à unidade assistencial e ao atendimento especializado.

Um alto tempo médio de espera para realização do primeiro atendimento por médico ou enfermeiro (41 minutos no período diurno e 38 no período noturno) evidencia a existência de um grande volume de pacientes com problemas de baixa complexidade superlotando a agenda dos profissionais nestas emergências, assim como, as diferenças dos tempos entre os hospitais evidenciam as diferenças de complexidade entre as emergências. A chegada de um maior número de casos de maior gravidade no HR exige uma maior agilidade para o atendimento dos casos graves e conseqüentemente um menor tempo de espera para realização do atendimento, o resultado obtido por esta emergência neste tempo de espera foi compatível com sua maior complexidade, o que também pode refletir numa maior efetividade do funcionamento da classificação de risco que oportuniza o atendimento de acordo com a gravidade do caso. Resultado semelhante foi encontrado no estudo sobre acesso aos serviços de urgência em Medelin (SIERRA et al., 2007) que utiliza uma classificação de triagem com três níveis de risco, onde os tempos médios de espera para ser atendidos foram de 40,2 minutos para os de menor risco e 15 minutos para os níveis 2 e 3 (maiores níveis de risco)

O tempo médio de um pouco mais de 1 hora nos dois períodos para coleta de material e de mais de 3 horas para o tempo total, entre a solicitação e a chegada dos resultados dos exames laboratoriais, evidencia a carência do suporte laboratorial às emergências, prejudicando a definição do diagnóstico e da terapêutica a ser realizada, trazendo prejuízos à saúde da população. Resultado superior ao encontrado em estudo de uma urgência de Salvador (JACOBS; MATOS, 2005) onde o tempo médio da coleta ao resultado dos exames laboratoriais foi de 2 horas e 30 minutos.

Ao comparar o tempo para entrega dos resultados entre as emergências, o HR apresenta um tempo bem menor em relação aos outros hospitais, mais de 85% recebem os exames em até 3 horas com um tempo mínimo de 53 minutos no período diurno, resultados mais compatíveis com uma emergência de grande porte, embora no período noturno este tempo aumente bastante.

Outro suporte diagnóstico básico para o atendimento de urgência e emergência, o raio X, apresentou resultado muito satisfatório quanto ao tempo para sua realização na emergência do HGV, onde 57,1% realizam o raio X em no máximo 20 minutos no período diurno, resultado que não se repete nas outras duas emergências. Como as três emergências realizam o grande volume de atendimento de urgências traumatológicas e ortopédicas do estado de Pernambuco e como as urgências destas especialidades são muito dolorosas e levam à exposição e visualização do trauma, estes longos tempos de espera no HR e HOF devem gerar grande insatisfação da população.

A oferta diferenciada dos exames de imaginologia de maior complexidade (endoscopia, ultrassonografia e tomografia) nas três emergências já distingue qualitativamente a situação. O HR por oferecer estes exames em todos os dias da semana e nos dois turnos além de realizar a tomografia no próprio hospital evidencia uma melhor estruturação para o atendimento de urgência de alta complexidade. O HGV e HOF além de realizar as tomografias fora do hospital, realizavam as endoscopias e a ultrassonografia apenas no período diurno de segunda a sexta-feira realidade incompatível com este nível de complexidade da assistência.

Estas restrições também repercutem na avaliação dos tempos de espera para realização destes meios diagnósticos. Na emergência do HR mais de 70% das endoscopias, ultrassonografias e tomografias eram realizadas nas três primeiras horas. A situação mais precária na realização destes exames é encontrada no HOF onde se esperava mais 6 horas para realizar 80% das endoscopias, 41% das ultrassonografias e 83% das tomografias. Resultados que confirmam a maior complexidade da emergência do HR e a necessidade de investimento em complexificação do HGV e HOF para uma maior distribuição do atendimento emergencial de alta complexidade e/ou para dar conta destas emergências que chegam a estes hospitais e que não estão tendo atendimento adequado.

Os tempos de espera para adentrar, ser atendido e realizar os exames laboratoriais e raio X nas emergências eram menores no período noturno com reduções mais expressivas no HOF. Como o volume de atendimento no período noturno é menor que no diurno e como nas emergências no período noturno há a divisão de horário entre os profissionais, que equilibraria a relação do número de pacientes por médicos no atendimento, os menores tempos de espera no período noturno evidencia uma possível sobrecarga de trabalho no período diurno ou que há a divisão de horário também no período diurno.

A melhor avaliação da emergência do HR em relação a todos os tempos de espera avaliados, com exceção da espera para realização do raio X, evidencia uma melhor

estruturação desta unidade para o atendimento de emergência, embora a pouca presteza na realização dos exames laboratoriais e raio X demonstrem a existência de pontos críticos do atendimento, ou seja, uma melhor organização dos setores redundaria numa melhor condição de trabalho e num melhor atendimento à população.

A diferença dos tempos de espera, em relação aos hospitais analisados, reforça a observação de que há diferentes estágios de implantação da classificação de risco em cada um dos três hospitais analisados. Gusmão-Filho (2008) ratifica essa hipótese quando ao avaliar o grau de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde (QualiSUS), observou que a linha de ação Acolhimento com classificação de risco apresentou implantação intermediária no HR (52%) e incipiente no HGV (42%) e no HOF (36%). Assim como, a área destinada ao acolhimento e à classificação de risco nos setores de urgência do HOF e o HR estava adaptada, neste último de modo adequado. Já o setor de urgências do HGV, apesar de ter passado por reforma estrutural não contava com alguns elementos importantes na ambiência.

Em estudo desenvolvido em Barbados no Departamento de Emergência e Acidentes do Hospital Rainha Elizabeth (BANERJEA; CARTER, 2006), o tempo médio para registro do paciente foi de 6,5 minutos com um mínimo de 2 e máximo de 22 minutos, o tempo para ser atendido pelo médico obteve uma média de 178 minutos com um mínimo de 105 e máximo de 305 minutos e o tempo para chegada do resultado dos exames laboratoriais com uma média de 213 minutos com um mínimo de 154 e máximo de 316 minutos. Comparando com os resultados obtidos no período diurno por este estudo observa-se que: os tempos para entrar na emergência, que corresponde aos tempos para registro do paciente, obteve um tempo médio de 13 minutos com mínimo de 1 e máximo de 90 minutos, para ser atendido por médico ou enfermeiro o tempo médio foi de 41 minutos com um mínimo de 2 e um máximo de 143 minutos e o tempo médio para recebimento de exames laboratoriais de 208 minutos com um mínimo de 53 e máximo de 620 minutos. Apesar das possíveis diferenças metodológicas de coleta de dados, observam-se resultados semelhantes.

O quadro observado nas emergências mostra uma necessidade de investimento tecnológico de acordo com a complexidade do atendimento e principalmente em tecnologia gerencial com a implantação de forma integral da proposta de acolhimento com classificação de risco, a organização da emergência de acordo com o grau de risco, a agilização dos resultados dos exames e a priorização dos leitos destes hospitais às suas emergências, propostas já consagradas em outras experiências. Este conjunto de propostas de tecnologia gerencial tem como elemento central a satisfação dos usuários e os trabalhadores como



principal protagonista do processo de mudanças. A pouca adesão à proposta do acolhimento com classificação de risco por parte dos enfermeiros e médicos constatada nesta observação evidencia a necessidade de uma atitude mais determinada dos vários níveis de gestão no investimento nestas tecnologias.

## Referências

- ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007.
- BANERJEA, K.; CARTER, A. O. Waiting and interaction times for patients in a developing country accident and emergency department. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 23, p. 286-290, 2006.
- BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem (online)**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **QualiSUS: Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS/Ambiência**. Textos Básicos de Saúde, Série B. Brasília, DF, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS/Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança Qualisus em Pernambuco**. Portal da Saúde. 27/08/2004c. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm.....](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm.....)> Acesso em: 5 nov. 2008.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- CORDEIRO JÚNIOR, W. Opinião: **O acolhimento com classificação de risco**. Saúdebusiness. Disponível em: <<http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=52101>>. Acesso em: 22 out. 2008.
- DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- FLICK, U. - **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Bookman, 2004.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 345-353, 1999.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.
- GUSMÃO-FILHO, F. A. R. **Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Ministério da Saúde - Política Qualisus - em três hospitais do**

**município do Recife**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, CPqAM/FIOCRUZ, Recife, 2008.

JACOBS, P. C.; MATOS, E. P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 348-353, 2005.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem em serviços de emergência: "Canadian Triage and Acuity Scale" (CTAS)**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

RODRIGUEZ, J. P.; SÁNCHEZ, I. D.; RODRIGUEZ, R. P. Urgencias clinicas: comportamiento según su gravedad. **Revista Cubana de Medicina General Integral**. Havana, v. 17, n. 4, p. 329-335, 2001.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 1999.

SCHNEIDER, D .G. et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 81-89, 2008.

SELLTIZ, C. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1975.

SIERRA, M. L. V. et al. Acceso a los servicios de urgencias en Medellín, 2006. **Revista Salud Pública Bogotá**, v. 9, n. 4, p. 529-540, 2007.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005.

STEIN, A. T. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. **Family Practice**, Oxford, v. 19, n. 2, p. 207-210, 2002.

## **7 O PREENCHIMENTO DOS PRONTUÁRIOS POR MÉDICOS E ENFERMEIROS**

### **7.1 Introdução**

O Conselho Federal de Medicina define o prontuário enquanto documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

O prontuário do paciente serve ao paciente no acompanhamento do seu estado de saúde, aos profissionais como garantia do trabalho executado, para a pesquisa, para a instituição, para o planejamento e como ferramenta de avaliação da qualidade de serviços prestados aos usuários (LEITE, 1999). Como esta análise refere-se ao preenchimento dos prontuários através da identificação dos itens preenchidos, permitiu avaliar a responsabilização dos profissionais com a garantia do trabalho executado e suas implicações éticas e legais e no acompanhamento estado de saúde do usuário. Outros estudos analisam a qualidade do atendimento através da análise em profundidade do preenchimento do prontuário, como o realizado por Silva e Tavares-Neto (2007) sobre a qualidade do preenchimento dos prontuários em hospitais de ensino e o realizado por Sampaio e Barros, (2007) na assistência básica da cidade do Recife.

O prontuário do paciente, que Contandriopoulos et al (1999) categoriza como “dados administrativos individualizados”, universalmente identificado como uma importante fonte de dados primários, é pouco utilizado para avaliação da qualidade da assistência prestada à população. A justificativa, segundo Scochi (1994), é a não confiabilidade nos dados registrados, ou seja, a qualidade com que os dados são registrados rotineiramente. Apesar disso, segundo a autora, os dados continuam sendo registrados sem que nada seja feito para a mudança.

As fontes documentais devem ser analisadas de forma crítica para que enquadrem no contexto histórico e social do documento em que foram produzidos. Esses documentos são usados para definir categorias sociais e explicar processos sociais. A pesquisa documental é

uma das técnicas decisivas para a pesquisa em ciências sociais e humanas (RAIMUNDO, 2006).

## 7.2 Metodologia

### 7.2.1 Elaboração dos instrumentos

Para percepção da qualidade da assistência de urgência nos grandes hospitais também teve como instrumento a avaliação objetiva do preenchimento dos prontuários da emergência e pronto atendimento dos hospitais. Para isso, foram identificadas na Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa (Capítulo 3), as dimensões e questões que poderiam ser objetivamente avaliadas a partir da análise documental. Nesta análise a dimensão a ser apreendida foi a percepção da qualidade da assistência clínica.

Para elaboração do instrumento de coleta de dados foram analisados os prontuários das unidades pesquisadas e definidos os campos obrigatórios de preenchimento pelos médicos e enfermeiros na admissão e evolução.

Em relação ao trabalho dos enfermeiros foram observados os preenchimentos dos seguintes campos do prontuário destinados aos enfermeiros:

- Identificação do paciente;
- Queixas;
- Antecedentes Clínicos;
- Sinais Vitais;
- Conduta da enfermagem.

Em relação ao trabalho dos médicos foram observados os preenchimentos dos seguintes campos do prontuário:

- História Clínica;
- Exame físico;
- Hipótese diagnóstica;
- Exames solicitados;
- Prescrição médica.

A ficha de coleta de dados sobre o preenchimento do prontuário do usuário foi realizada de forma objetiva, observando a existência da identificação do paciente e o preenchimento da consulta de enfermagem e do médico, não cabendo uma análise da qualidade, por exemplo, quanto à precisão do diagnóstico ou da conduta prescrita pelo médico (APÊNDICE H). Como pode ser observado na estruturação do documento:

Marcar com um X o preenchimento ou não dos itens abaixo relacionados à ficha de atendimento, sem análise da qualidade do preenchimento.

ANÁLISE DOCUMENTAL MÉDICO	Prontuário 1		Prontuário 2		Prontuário 3		Prontuário 4		Prontuário 5	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
História Clínica										

### 7.2.2 Coleta de dados

Cada bolsista analisará cinco prontuários do Pronto-Atendimento (PA) e cinco da Emergência em cada um dos Hospitais, em cada um dos dias da semana, nos três hospitais, totalizando 210 prontuários avaliados, esta amostra intencional foi suficiente para a análise proposta. Para análise do preenchimento pelo médico foram realizadas 70 avaliações do prontuário dos pacientes em cada uma das emergências totalizando 210 observações, 105 no pronto atendimento e 105 na emergência. Para o preenchimento pelos enfermeiros foram realizadas 105 análises do prontuário do paciente na emergência, não há evolução da enfermagem no pronto atendimento.

Esta análise se limitará à observação do preenchimento da ficha de entrada, seguindo os itens do quadro de coleta para esta observação, sem avaliação da qualidade do conteúdo do que estava preenchido.

### 7.2.3 Plano de análise dos resultados

A avaliação objetiva do prontuário, quanto ao preenchimento dos campos padronizados do registro dos cuidados médicos e de enfermagem, foram quantificados e

dimensionados, sendo apresentados em forma de tabelas de frequências. A análise do prontuário do paciente foi feita em relação aos profissionais médicos e enfermeiros e em relação aos hospitais.

Para avaliar prontuário do paciente do PA, serão considerados os usuários que não tinham encaminhamento para a emergência, e ao final do seu atendimento. O item referente ao preenchimento dos exames solicitados no pronto-atendimento não será considerado na avaliação, pois nem sempre são solicitados.

### 7.3 Resultados

Entre os itens observados no preenchimento do prontuário pelo médico (Tabela 1) o que tem menor número de preenchimento são os exames solicitados, principalmente na emergência do HOF (57,14%). A prescrição médica foi o item com maior preenchimento (90,5%). Apesar de não haver grandes variações entre as emergências, a do HOF apresentou as mais positivas observações do preenchimento para história clínica (81,4%), exame físico (85,7%) e prescrição (95,7%). O HGV obteve o maior percentual no preenchimento dos exames solicitados (68,6%). Quanto à hipótese diagnóstica, a emergência do HR possui o maior percentual de preenchimento (77,14%) pelos médicos. Nos resultados gerais chama a atenção que 22,9% dos prontuários não apresentavam o preenchimento da história clínica e exame físico, 26,7% não tinham a hipótese diagnóstica, 38,1% não referia os exames solicitados e 9,5% não tinha a prescrição médica.

**Tabela 1 - Frequência de preenchimento do prontuário do paciente pelos médicos nas emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Item do Prontuário Médico	HR (70)		HGV (70)		HOF (70)		Geral (210)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
História clínica	53	75,7	52	74,3	57	81,4	<b>162</b>	<b>77,1</b>
Exame físico	47	67,1	55	78,6	60	85,7	<b>162</b>	<b>77,1</b>
Hipótese diagnóstica	54	77,1	51	72,9	49	70,0	<b>154</b>	<b>73,3</b>
Exames solicitados	42	60,0	48	68,6	40	57,1	<b>130</b>	<b>61,9</b>
Prescrição	61	87,1	62	88,6	67	95,7	<b>190</b>	<b>90,5</b>

Quando analisamos o preenchimento do prontuário pelo médico em relação à assistência realizada no pronto-atendimento ou emergência (Tabela 2) observamos que a

história clínica e a hipótese diagnóstica têm um melhor preenchimento no pronto-atendimento, enquanto o exame físico, os exames solicitados e a prescrição são melhor preenchidos no atendimento de emergência.

**Tabela 2 - Frequência de preenchimento do prontuário do paciente pelos médicos de acordo com o atendimento no Pronto Atendimento e Emergência, 2007.**

Item do Prontuário Médico	Pronto-Atendimento (105)		Emergência (105)		GERAL (210)	
	N	%	N	%	N	%
História clínica	95	90,5	67	63,8	<b>162</b>	<b>77,1</b>
Exame físico	77	73,3	85	81,0	<b>162</b>	<b>77,1</b>
Hipótese diagnóstica	88	83,8	66	62,9	<b>154</b>	<b>73,3</b>
Exames solicitados	61	58,1	69	65,7	<b>130</b>	<b>61,9</b>
Prescrição	89	84,8	101	96,2	<b>190</b>	<b>90,5</b>

Em relação ao número de itens dos prontuários preenchidos pelos médicos (Tabela 3), os resultados demonstram que em 85,8% dos prontuários havia o preenchimento de três ou mais itens dos cinco avaliados no prontuário.

**Tabela 3 - Número de itens do prontuário do paciente preenchidos pelos médicos e enfermeiros nas emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Nº de Itens Preenchidos	Médicos		Enfermeiros	
	N	%	N	%
0	1	0,5	29	27,6
1	5	2,4	9	8,6
2	24	11,4	16	15,2
3	44	21,0	31	29,5
4	67	31,9	14	13,3
5	69	32,9	6	5,7
<b>Nº de Prontuários</b>	<b>210</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Quanto ao preenchimento do prontuário pelos enfermeiros os resultados (Tabela 4) apresentam um baixo percentual de preenchimento dos itens do prontuário. O preenchimento máximo ficou com a conduta de enfermagem com 56,2% e o mínimo ficou com os antecedentes clínicos que foram preenchidos por apenas 14,3% dos enfermeiros. Em todos os itens, os prontuários dos usuários do Hospital da Restauração apresentam os maiores percentuais de preenchimento pelos enfermeiros, com exceção do item conduta da enfermagem. Ao observar o conjunto dos itens preenchidos pelos enfermeiros (Tabela 3) observamos que 27,6% não fazem nenhum preenchimento dos itens do prontuário destinados à enfermagem e apenas 48,5% preenchem três ou mais itens.



**Tabela 4 - Frequência de preenchimento pelos enfermeiros quanto aos itens do prontuário do paciente nas emergências dos Hospitais Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração, 2007.**

Item do Prontuário Enfermeiros	HR (35)		HGV (35)		HOF (35)		Geral (105)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Identificação do paciente	22	62,9	17	48,6	18	51,4	<b>57</b>	<b>54,3</b>
Queixa do paciente	15	42,9	12	34,3	14	40,0	<b>41</b>	<b>39,0</b>
Antecedentes clínicos	07	20,0	4	11,4	4	11,4	<b>15</b>	<b>14,3</b>
Sinais vitais	15	42,9	19	54,3	14	40,0	<b>48</b>	<b>45,7</b>
Conduta da enfermagem	17	48,6	19	54,3	23	65,7	<b>59</b>	<b>56,2</b>

#### 7.4 Discussão

Os resultados com um razoável preenchimento do prontuário dos pacientes pelos médicos, evidenciam a preocupação no mínimo com a responsabilidade legal, já que não estava sendo realizada a avaliação da qualidade do preenchimento. Nesta perspectiva o registro do atendimento ao paciente, teria o caráter de atestar que o paciente foi visto pelo médico às tantas horas do dia tal. Para Bittar (1980) “o prontuário constitui numa forma de contrato, sendo o instrumento de ligação entre os profissionais e o paciente, de valor legal e jurídico e com implicações como tal”, esta importância do registro médico no prontuário é ainda mais importante quando se trata da informação de situações que dizem respeito à vida (CARVALHO; SILVER, 1995), portanto investir na melhoria da qualidade do preenchimento dos prontuários hospitalares, através de avaliações periódicas pela gestão hospitalar é uma medida indispensável para avançar no compromisso com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Estes resultados permitem duas interpretações. Uma, onde fica evidenciado um preenchimento de mais de 85% dos prontuários com mais de três itens preenchidos pelos médicos em que os mais preenchidos são a história clínica, o exame físico e a prescrição médica, em que poderíamos concluir que em uma situação de assistência de urgência e emergência, por mais sucintas que sejam as informações contidas há um comprometimento mínimo com a continuidade da assistência.

A outra interpretação é que como este estudo não avaliou a qualidade ou a legibilidade do que estava escrito nos prontuários os números dos itens não preenchidos 22,9% de históricas clínicas e exames físicos não descritos pelos médicos e 43,8% das condutas de

enfermagem não descritas evidenciam uma conduta pouca colaboradora entre os profissionais ou com a continuidade do cuidado do paciente. Resultados semelhantes aos encontrados por Barsottini e Wainer (2006) onde foram identificados três fatores, sobre as informações contidas no prontuário que não facilitam a colaboração entre os médicos: falta de informação sobre as hipóteses diagnósticas, falta de informação sobre a terapêutica usada e inadequação da forma de coleta e apresentação dos dados.

Prestes Jr. e Rangel (2007) relatam que existem situações em que a prática médica demonstra uma maior ocorrência de falhas no preenchimento do prontuário médico. São aquelas que envolvem o atendimento de emergência nos grandes hospitais. Os autores consideram que a agitação, as rápidas decisões e o próprio ambiente dos setores da emergência podem propiciar omissões, que seguramente irão ser questionadas numa futura demanda judicial. Nosso estudo permitiu constatar que há o preenchimento do prontuário pelos médicos, mas não detecta a qualidade da informação e suas falhas porventura existentes.

Em nosso estudo houve um privilegiamento do preenchimento pelos médicos no setor de emergência de itens como o diagnóstico, os exames solicitados e a prescrição, que podem resumir a conduta emergencial a ser tomada, enquanto no atendimento no setor de pronto-atendimento foram melhor preenchidos a história clínica (por um maior tempo disponível?) e a hipótese diagnóstica, parecendo nem sempre ser repetido em evoluções posteriores na emergência.

O preenchimento do prontuário pelos enfermeiros foi muito inferior ao realizado pelos médicos. Há um baixo preenchimento de todos os itens avaliados, até mesmo dos sinais vitais e conduta de enfermagem, resultados semelhantes aos encontrados em outro estudo sobre preenchimento dos prontuários realizado em Maringá, Paraná (SCOCHI,1994), em que encontrou um reduzido número de registros por parte dos enfermeiros. Assim como, em outro estudo realizado por Matsuda, Silva, e Evora (2006) foram encontrados resultados semelhantes “a maioria dos registros efetuados pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem da instituição estudada, não foram mencionadas a data, a hora e a identificação do profissional. A presença de erros, rasuras, letras ilegíveis, palavras generalizadas/vagas e abreviaturas/siglas não padronizadas, que dificultam a leitura e a compreensão das informações também foram freqüentes”.

Este baixíssimo preenchimento do prontuário pelos enfermeiros revela a falta de cultura sobre a importância do preenchimento e a não responsabilização pela condução dos pacientes. Embora no seu código de ética seja definida a responsabilidade do enfermeiro com o preenchimento do prontuário, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007) define em seu artigo 25 a responsabilidade e dever de registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar. Além do dever e da responsabilidade em prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência (Art. 41). O pouco questionamento jurídico por atos e procedimentos praticados pela enfermagem talvez justifique este tão baixo preenchimento. Prática que tenderá a mudar em função de uma maior consciência dos direitos dos usuários pela população.

Estes resultados sobre o preenchimento do prontuário foram obtidos após o atendimento realizado, portanto a ausência de registro não revela a falta de assistência ao paciente. Porém, o seu preenchimento é um indicador da qualidade da assistência, assim como, o não preenchimento tem responsabilizações éticas e legais para os profissionais.

Os resultados demonstram a necessidade da realização de estudos com maior profundidade especificamente sobre a qualidade do preenchimento dos prontuários na assistência de emergência onde se leve em consideração o seu conteúdo, assim como, sua compreensão e sua contribuição na continuidade do cuidado.

## Referências

- BARSOTTINI, C. G.; WAINER, J. Análise do padrão de colaboração entre médicos por meio do prontuário do paciente. In: Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 10., 2006, Florianópolis. **Anais Florianópolis: [s.n.], 2006.** v. 1, p. 605-610.
- BITTAR, O. J. N. U. Aspectos legais do prontuário médico no Brasil. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, v. 28, n. 8, p. 369-372, 1980.
- CARVALHO, M. L.; SILVER, L. D. Confiabilidade da declaração da causa básica de óbitos neonatais: implicações para o estudo da mortalidade prevenível. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 342-348, 1995.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN 311/2007:** Código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.org.br/2007/matérias.asp?ArticleID=7223&cectionID=37>>. Acesso em: 31 out. 2008.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.638/2002.** Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm)>. Acesso em: 31 out. 2008.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa.** São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- LEITE, E. B. Dossiê do paciente: o prontuário. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 59-66, 1999.
- MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P.; EVORA, Y. D. M. Apuntes/registros de enfermeria: instrumento de comunicación para la calidad del cuidado?. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 89, n. 3, p. 415-421, 2006.
- PRESTES Jr., L. C.; RANGEL, M. Prontuário médico e suas implicações médico-legais na rotina do colo-proctologista. **Revista Brasileira do Coloproctologista**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 154-157, 2007.
- RAIMUNDO, H. F. **Como fazer uma análise documental.** 2006; Disponível em: <<http://educaaic.blogs.com/2006/10/como-fazer-analise-documental.html>>. Acesso em: 17 jan. 2007.
- SAMPAIO, A. C.; BARROS, M. D. A. **Avaliação do preenchimento de prontuários e fichas clínicas médicas no IV Distrito Sanitário Recife-PE.** Recife: Ed. da Universidade de Pernambuco, 2007.
- SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 356-367, 1994.

SILVA, F. G.; TAVARES-NETO, J. Avaliação dos prontuários médicos em hospitais de ensino do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 113-126, 2007.

## **8 AS POLÍTICAS DE QUALIFICAÇÃO E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRESTADA PELO HOSPITAL: O olhar do gestor hospitalar**

### **8.1 Introdução**

Para avaliação política da qualidade da assistência à saúde, tendo como foco a compreensão do significado das ações sociais, a metodologia qualitativa é a que permite o mergulho em profundidade para sua compreensão. A metodologia qualitativa tem como objetivo, segundo Minayo (2005), compreender as relações, as visões e o julgamento dos diferentes atores sobre a intervenção na qual participam, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados.

Para Gil (1999), entrevista enquanto técnica de coleta de dados é bastante adequada para obtenção de informações acerca do que pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito de coisas precedentes.

Entrevista qualitativa se refere às entrevistas não estruturadas em que se quer investigar em profundidade um determinado fenômeno a partir da compreensão de determinados atores sociais relevantes. Para Richardson (1989), na entrevista não estruturada (em profundidade) procura-se saber que, como e por que algo ocorre, em lugar de determinar a frequência de certas ocorrências, nas quais o pesquisador acredita.

Entrevista é a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. A entrevista é a mais flexível de todas as técnicas de coleta de dados de que dispõe as ciências sociais e são classificadas em função de seu nível de estruturação em: informais, focalizadas, por pautas e estruturadas (GIL, 1999).

As técnicas de entrevistas para Richardson (1989) variam segundo o contexto do qual estão inseridas; a forma de levar a cabo a entrevista dependerá do tipo de informação necessária em função do problema a ser pesquisado.

Como avaliação científica de práticas resultantes de ação social planejada como é o caso dos serviços de saúde requer a escolha do ator social que responda por esta prática e o uso adequado de método e técnica que consiga apreender uma política de gestão para garantia da qualidade da assistência de urgência. Para tanto, a entrevista com o ator social diretamente envolvido na sua implantação é fonte imprescindível de dados para se ter uma avaliação qualitativa, principalmente, ao se tratar de uma avaliação da dimensão política da qualificação da assistência de urgência e emergência a ser investigada. Portanto, o uso de um instrumento que permita apreender a riqueza que um discurso contém é de fundamental importância para se obter as respostas sobre o que se quer investigar.

## 8.2 Metodologia das entrevistas com os diretores dos hospitais

Como as entrevistas com os diretores foram realizadas utilizando-se um guia de temas a serem abordados com as perguntas sendo formuladas durante a entrevista, são descritas por Richardson (1989), como entrevistas guiadas.

Nestas entrevistas buscou-se a compreensão política dos diretores dos hospitais em relação à existência de uma política de qualificação da atenção de urgência para o hospital e suas dificuldades na sua elaboração e/ou implementação quanto às condições oferecidas e suas relações com os outros atores sociais envolvidos.

Como cuidados no processo de planejamento, execução e análise foram observados os sete estágios da pesquisa através de entrevistas propostos por Kvale (1996):

1. Tematização – Formula o objetivo da investigação e descreve o conceito do objeto a ser investigado antes da realização das entrevistas. O *porquê* e o *qual* da investigação devem ser definidos antes da questão do *como* – método – ser colocado;
2. Planejamento – Plano de desenho do estudo, deve levar em consideração os sete estágios da investigação, antes da realização das entrevistas. Desenhar o estudo é empreender observações atentas para obter o *conhecimento (marco teórico)* e levando em conta as implicações *morais* do estudo;
3. Entrevista – A condução a entrevista deve ser baseada no roteiro de entrevista, com a abordagem reflexiva do marco teórico e considerando a situação de relação interpessoal da entrevista;

4. Transcrição – Preparar o material da entrevista para análise, que comumente consiste na transcrição da entrevista oral para o texto escrito;
5. Análise – Decidir, com base nos propósitos e objetivos da investigação e na natureza do material da entrevista, o método de análise apropriado para a entrevista;
6. Verificação – Determina a generalização, fidedignidade e validade dos achados da entrevista. Fidedignidade refere-se à consistência dos resultados e validade significa se um estudo que investiga a entrevista é entendido pelo investigado;
7. Relato – Comunica os achados do estudo e os métodos aplicados em um formato com critérios científicos, leva em consideração os aspectos éticos da pesquisa e apresenta os resultados como um produto legível e inteligível.

### **8.2.1 - Elaboração das entrevistas**

Nas entrevistas com os Diretores dos Hospitais, foi analisada a política de qualificação da assistência de urgência desenvolvida no hospital. Para elaboração do guia da entrevista foram definidos os temas a serem abordados, estes temas foram debatidos com a equipe da pesquisa, sendo detalhados os aspectos dos temas a serem abordados, ficando assim definido o roteiro das entrevistas (APÊNDICE I), com os seguintes temas:

- Contribuição dos trabalhadores para qualificação do atendimento de urgência;
- Avaliação que os diretores têm sobre a satisfação dos usuários com a qualidade da assistência;
- Condições de trabalho para qualificação;
- Existência de uma política de qualificação para o atendimento de urgência;
- Proposta de qualificação do atendimento de urgência da Secretaria Estadual ou Ministério da Saúde;
- Pontos básicos de uma política de melhoria da qualidade da assistência;
- Condições da equipe gerencial para o desenvolvimento de uma proposta.



### 8.2.2 Realização das entrevistas

Como as entrevistas foram realizadas após a autorização do Secretário Estadual de Saúde e do próprio Diretor do Hospital para sua realização, o momento da entrevista estava facilitado por esse conhecimento anterior. Portanto, já existia um ambiente de identificação e cordialidade.

Para realização das entrevistas alguns cuidados foram tomados, a partir do que sugere Richardson (1989) no processo de entrevista:

- Explicar o objetivo e a natureza do trabalho;
- Assegurar o anonimato do entrevistado e o sigilo das respostas;
- Explicitar que suas opiniões e experiências são importantes para o entendimento do processo de gestão hospitalar e do entendimento político do processo;
- Solicitar autorização para gravar a entrevista, explicando o motivo da gravação.

As entrevistas dos três Diretores foram transcritas imediatamente após a realização das mesmas para a conseqüente realização dos estudos e análises.

Foram entrevistados os três Diretores Gerais dos Hospitais pesquisados por serem os atores sociais chave no desenvolvimento local de propostas de qualificação da assistência de urgência e emergência, assim como, na relação política direta entre as unidades e a Secretaria de Saúde Estadual e com o Ministério da Saúde quando do desenvolvimento de políticas de qualificação da assistência de urgência.

### 8.2.3 Plano de análise das entrevistas

A análise de conteúdo contido nos discursos dos diretores obedecerá a determinadas regras metodológicas sublinhadas por Richardson (1989): objetividade, sistematização e inferência.

Para análise de conteúdo de entrevistas na pesquisa científica, Kvale (1996) identifica cinco abordagens:

1. Condensação de significados – implica no resumo das entrevistas a partir do extrato das falas dos entrevistados em formulações curtas que respondem diretamente às perguntas da pesquisa.

2. Categorização de significados – implica em a entrevista ser codificada em categorias que indicam a ocorrência ou não de determinados fenômenos ou ainda a intensidade destes fenômenos com a finalidade de medir as frequências destas categorias.
3. Estruturação em narrativas – significa reformular a fala do entrevistado no sentido de uma história contada pelo entrevistado a partir do conteúdo percebido resguardando sua seqüência temporal e os fatos relatados.
4. Interpretação de significados – interpreta o texto a partir de diferentes pontos de vista ou referenciais teóricos, bem como interesses de grupos distintos. Busca possíveis significados através de diferentes caminhos para a construção de uma interpretação plausível. Ao invés de condensar o texto, tende a aumentá-lo.
5. Apreensão do significado pelo método *ad hoc* – é uma abordagem eclética. Uma variação da abordagem pelo senso comum para interpretação do texto, com uma sofisticação textual e ou uso do método quantitativo, serão usados para trazerem o significado de diferentes partes do material. Os resultados dos significados apreendidos serão trabalhados em números, em figuras, em fluxogramas e suas interações.

A condensação de significados tem como substrato teórico para sua realização a aplicação da metodologia fenomenológica. Para Giorgi e Murray (1975), o objetivo metodológico é usar a fenomenologia na avaliação de qualidade dos serviços usando a metodologia qualitativa com rigor e disciplina, sem transformar necessariamente dados em expressões quantitativas, embora esta última tenha o seu lugar. O objetivo pontual do estudo é demonstrar como aborda sistematicamente com os dados que permanecem expressos em termos de linguagem ordinária.

Para análise de entrevistas através da condensação de significados cinco passos estão envolvidos nesta análise fenomenológica empírica: Primeiro, a entrevista é lida inteira cuidadosamente para compreender o sentido do todo. Segundo, as “unidades de significados” naturais expressadas nas respostas dos sujeitos são selecionadas pelo pesquisador. Terceiro, o tema que domina a unidade de significado natural é estabelecida da forma mais simples possível. O pesquisador aqui tenta ler as respostas dos entrevistados sem preconceitos para tematizar as declarações de seu ponto de vista captadas na entrevista. O quarto passo consiste em questionar as unidades de significados em termos dos objetivos específicos propostos pelo estudo. Os temas das unidades de significados serão correlacionados com respeito às perguntas propostas pelo estudo através de pergunta como “O que é que a declaração do

entrevistado quer me dizer?”. No quinto passo temos a descrição essencial do conteúdo obtido nas respostas às perguntas do investigador. O método assim consiste na condensação dos significados expressados em mais e mais significados essenciais do conteúdo e estilo do texto (KVALE, 1996).

Nesta pesquisa optamos pela utilização da condensação de significados por nos parecer o método de análise mais apropriado para avaliação de serviços de saúde. Abaixo apresentamos a estruturação da matriz para obtenção das condensações de significados.

<b>Condensação de Significados das Entrevistas</b>	
<p><b>Entrevista X</b>  <b>Pergunta Y da pesquisa</b>                      Qual a contribuição dos trabalhadores na qualidade do atendimento nas emergências?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual a dedicação dos trabalhadores?</li> <li>• Há uma formação adequada dos trabalhadores?</li> <li>• Os profissionais têm experiência necessária para o atendimento de emergência?</li> </ul>	
<p><b>Unidades naturais</b></p> <p>1 ...a gente como gestor, tem que dar condições de trabalho. Mas a qualidade do atendimento cabe aos trabalhadores da assistência.</p> <p>2. Não noto que a questão da formação tem sido uma coisa trabalhada. Tem gente trabalhando na recepção dos hospitais, com contratos terceirizados, sem nenhuma qualificação prévia.</p> <p>3. Idem</p>	<p><b>Tema central</b></p> <p>1 Entender o papel central dos trabalhadores na qualidade da assistência.</p> <p>2. Não há uma qualificação adequada para o trabalho na emergência.</p> <p>Idem</p>
<p><b>Descrição essencial do conteúdo da questão pesquisada</b></p> <p>O entrevistado entende que cabe aos gestores dar as condições de trabalho, mas, tem convicção que a qualidade da assistência prestada tem como elemento central o trabalho realizado pelos profissionais. Há uma qualificação dos profissionais inadequada para a assistência de emergência.....</p>	

**Quadro 1 - Matriz da Condensação de Significados das Entrevistas**

A partir dos temas e da formulação das perguntas constantes no roteiro da entrevista (APÊNDICE I) foram tomados como referência de análise das entrevistas, sendo assim detalhado:

- A contribuição dos trabalhadores na qualidade do atendimento nas emergências, levando-se em consideração a dedicação dos trabalhadores, a formação dos trabalhadores e a experiência necessária para o atendimento de emergência.

- A satisfação do usuário com o atendimento de emergência, buscando-se o entendimento dos diretores sobre o que é melhor e pior avaliado pelos usuários.
- As condições de trabalho oferecidas pelo hospital para o bom atendimento e as necessidades para melhoria das condições de trabalho.
- A existência de uma política para qualificação do atendimento de urgência desenvolvida no hospital e qual o papel da Secretaria Estadual e Ministério da Saúde na melhoria da qualidade do atendimento.
- Os pontos básicos de uma proposta de melhoria da qualidade do atendimento de urgência na percepção dos gestores dos hospitais.
- As condições da equipe gerencial para o desenvolvimento de uma proposta de melhoria da qualidade quanto à sua capacitação, experiência, compromisso e disponibilidade.

Os Diretores Gerais dos hospitais entrevistados foram designados na apresentação dos resultados das entrevistas como Entrevistados A, B, e C, garantindo assim o sigilo da identidade dos entrevistados.

### **8.3 Resultados e discussão**

Como a apresentação dos resultados já tem uma direcionalidade do que se quer abordar e traz consigo a necessidade da discussão das falas dos gestores hospitalares, portanto, os resultados deste capítulo serão apresentados junto com a sua discussão para uma maior fluidez da sua interpretação.

#### **8.3.1 Contribuição dos trabalhadores na qualidade do atendimento nas emergências**

Para os entrevistados dos três hospitais o compromisso dos profissionais de saúde com o trabalho é de fundamental importância para qualidade da assistência de urgência, embora tenham entendimentos diferentes sobre esse compromisso. Segundo o Entrevistado B, a gestão pública deveria ter formas de percepção e valorização desse compromisso. Para este

entrevistado, a transparência da gestão é o elemento central para o envolvimento com o hospital levando a um maior compromisso com o trabalho.

...enquanto você não trabalhar de forma transparente a informação que você tem no hospital, para que haja cumplicidade, o envolvimento de todos os seguimentos, não adianta você querer maquiagem, você tem que colocar isso para as pessoas ficarem sensíveis...

Se o cara é um cara que tem compromisso, então eu vou tratar ele diferente daquele que não tem compromisso.

Para o Entrevistado C há um forte compromisso dos trabalhadores com o hospital, principalmente se levar em conta as péssimas condições oferecidas para o trabalho.

...para as condições que o hospital fornece, eu acho que os trabalhadores em geral, os funcionários em geral, eles se desdobram demais na emergência.

Opinião bem diferente tem o Entrevistado A, que apesar de entender a centralidade do trabalho dos profissionais na qualidade da assistência prestada: “...a gente como gestor, tem que dar as condições de trabalho, mas a qualidade do atendimento cabe aos trabalhadores da assistência” e afirma que há o descompromisso dos profissionais em função das más condições oferecidas e dos baixos salários.

...o que eu noto hoje é que há um descompromisso muito grande, eu tenho notado [...] principalmente, eu não sei se pelo baixo salário ou pelas condições, eu sei que tudo isso está envolvido, [...] a gente está tendo um problema muito grande em relação às equipes médicas...

...esses casos são todos registrados e encaminhados à comissão de ética, é o que a gente pode fazer enquanto gestor, eu não posso obrigar, colocar uma arma e dizer: você vai ficar lá até o horário.

Portanto, há percepções antagônicas entre os Entrevistados B e C em relação ao Entrevistado A sobre o compromisso dos profissionais. Enquanto o Entrevistado A afirma o descompromisso dos profissionais, o Entrevistado B, em particular, trabalha o compromisso como produto das motivações para o exercício do trabalho. É interessante perceber que para este entrevistado a motivação não decorre apenas de salários e condições (estruturais) oferecidas, mas de instrumentos motivacionais como a transparência da gestão para o envolvimento dos profissionais.

Esta opinião é corroborada pelos resultados obtidos por Cecílio et al (2002) quando da implantação de uma nova proposta gerencial para um hospital público baseada numa política

de qualificação do hospital, pagamento de gratificações e mecanismo de avaliação sensível e operacionalizável, onde foram obtidos bons resultados. Para os autores “a motivação expressa pelos trabalhadores ao longo da experiência deva ser entendida, em primeiro lugar, como fruto de um determinado contexto organizacional construído/vivenciado no período, contexto no qual o pagamento de incentivos, por mais importante que seja, representa apenas uma parte”.

Para Herzberg (1981) as condições físicas e ambientais de trabalho, salário, relação entre gestores e empregados, normatizações *et cetera*, fazem parte dos fatores higiênicos, fatores motivacionais referem-se ao conteúdo do cargo, as obrigações profissionais, a possibilidade do desenvolvimento profissional. Portanto os fatores higiênicos são responsáveis pela insatisfação no cargo e os fatores motivacionais são responsáveis pela satisfação no cargo. Para Borges e Alves Filho (2001), baseada nesta teoria, a melhoria nas condições de trabalho e nas recompensas econômicas não gera necessariamente maior envolvimento ou maior motivação, porém afasta barreiras para o crescimento do desempenho. Principalmente no caso dos profissionais de saúde, este raciocínio é aplicável, porque tem um trabalho rico de conteúdo e de sentido social.

Em relação à importância da experiência dos profissionais para qualificação da assistência de emergência os entrevistados, apesar de concordarem sobre a sua importância, têm opiniões diferentes em relação ao processo de aquisição desta experiência. O Entrevistado C acha que adquirir experiência é um processo rápido e inexorável pela natureza do trabalho na emergência.

...quem trabalha numa emergência desta amadurece no carbureto, quem é preguiçoso trabalha e quem não sabe aprende.

Para o Entrevistado A, a alta rotatividade e conseqüentemente a inexperiência dos profissionais afeta a qualidade da assistência prestada.

...hoje em dia os profissionais mais antigos praticamente não trabalham mais em urgência. O que a Secretaria vem mandando a maioria são residentes, ou acabaram de terminar a residência. Lógico que um residente por mais estudioso que ele seja e por mais experiências profissionais que tenha, não é a mesma coisa...

Contraditoriamente entende também que, como não há um plano de cargos e carreiras no setor saúde, os que trabalham nas emergências estão condenados a permanecerem aí indefinidamente.

Eu acho que deveria ter um tempo médio de vida dentro de uma emergência. Deveria estar dentro de uma carreira.

Opinião diferente tem o Entrevistado B, que entende que se devem buscar formas de valorizar os profissionais mais experientes através de mecanismos duradouros, como uma carreira profissional. Depois de certo tempo de trabalho o mesmo continuaria a dar sua contribuição à emergência, porém, não mais no regime de trabalho de plantões e com redução da carga horária de trabalho, sem perdas financeiras.

...um problema sério é a rotatividade do profissional na emergência, enquanto você não fixar o profissional na emergência, você vai conviver com esse problema da inexperiência, [...] para arranjar uma forma de fixar melhor esse profissional (*com mais experiência*) na emergência [...] a gente fez a figura do consultor. O que era o consultor? A gente pegou a pessoa e “horizontalizou” ele. Ele tinha doze horas horizontais (*como diarista*), dentro da emergência, ele evolui o doente, que precisa ter um cara que veja todos os dias. E as outras doze horas ele era o consultor do final de semana, na sexta, no sábado e no domingo.

A importância da experiência profissional no desenvolvimento e na qualificação da assistência realizada nas emergências ficou evidenciada nos depoimentos dos entrevistados. Com exceção do Entrevistado C que acha que se adquire rapidamente experiência profissional, os Entrevistados A e B afirmam ser este um grande problema atual pela não fixação dos profissionais. Porém, suas opiniões diferem sobre como fixar o profissional e estimulá-lo ao trabalho na emergência, trazendo um debate interessante de como superar o problema. Um, propõe que deveria ter uma carreira profissional que depois de um certo tempo (dez, quinze anos?), pelo caráter estressante do trabalho na emergência, o profissional seria deslocado para o atendimento em outros setores menos estressantes da assistência hospitalar, como a assistência eletiva. O outro também propõe o investimento na carreira profissional, só que propõe a permanência da contribuição à emergência dos que tem maior experiência (vinte anos?), trabalhando doze horas como diarista durante os dias úteis da semana e 12 horas como consultor do plantão do fim de semana. As duas propostas têm em comum o estímulo ao trabalho nas emergências e o entendimento que o trabalho diretamente na forma de plantões

são estressantes e trazem um esgotamento na capacidade dos profissionais, depois de um certo tempo de trabalho.

Alguns estudos recentes, entre outros, realizados por Elias e Navarro (2006), Batista e Bianchi (2006) e Nascimento Sobrinho et al (2006) relatam a evidência de que o trabalho nas emergências apresenta características próprias, inerentes a este atendimento como, lidar com situações limites, elevado nível de tensão e altos riscos para si e para os outros, assim como, de que o regime de trabalho nas emergências em turnos e plantões permite a ocorrência de múltiplos empregos e longas jornadas de trabalho que levam a uma situação estressante. Estas circunstâncias definem a limitação da capacidade humana e profissional em trabalhar indefinidamente nestas circunstâncias de estresse do trabalho na emergência e em regime de plantão. Apesar deste tema estar em debate constante, entre gestores, representantes das corporações e estudiosos do sistema de saúde, não há propostas concretas de mudanças efetivas, que superem esta situação e estimulem o trabalho nas emergências.

Uma questão importante trazida pelo Entrevistado B, e que tem a haver com o que foi discutido anteriormente, é a importância da horizontalização da assistência prestada nas emergências. A concepção da horizontalização do cuidado nas grandes emergências, trazida pelo QualiSUS (BRASIL, 2003a) e HumanizaSUS (BRASIL, 2004a), propõe que a organização do cuidado garanta a continuidade e a responsabilização com a atenção ao usuário. Para isto, todo paciente deve ter um profissional médico e de enfermagem como responsáveis por seu plano de cuidado articulando os recursos necessários e sendo os interlocutores junto à rede de atenção e aos familiares. Portanto, para que o cuidado possa ter seqüência o regime de trabalho nas emergências deverá ser composto por plantonistas e diaristas, são os profissionais diaristas que terão a responsabilidade sobre o plano de cuidado dos pacientes. Esta disposição de trabalho modifica o olhar médico e facilita a análise da evolução.

Quanto à formação dos profissionais, para o Entrevistado C, como o hospital é campo de formação de Residência Médica os profissionais que são lotados neste hospital, em geral são ex-residentes do mesmo, portanto, com uma boa formação. Este entrevistado afirma que os médicos tiveram um treinamento específico para o trabalho na emergência. Opinião diferente tem o Entrevistado A, que afirma haver uma qualificação inadequada dos profissionais para a assistência de emergência, além disto, diz ser o processo seletivo inadequado para o trabalho nas emergências.



...as pessoas ainda não estão preparadas, não são selecionadas de uma forma correta para trabalharem em determinada função. Dentro do hospital acaba tendo treinamento com os mais antigos, uma adaptação...

Em diversos momentos das entrevistas foi percebido um forte compromisso corporativo dos entrevistados, mesmo naqueles que demonstraram um maior rigor na relação gerencial com as corporações.

...eu dei plantão aqui várias anos, eu não vou dizer que eu era um santo, que chegava às 07:00 da manhã e saía daqui às 19:00. Não, mas eu tinha compromisso com o meu serviço, tinha dia que estava mais calmo, aí no outro dia fazia acordo com o colega: Olha hoje está tão calmo, tu fica aí um pouquinho lá para as 17:00 ou 17:30 eu vou embora (Entrevistados A).

Para Cecílio e Mendes (2004) “os médicos mantêm uma relação de autonomia em relação à organização; o gerente não ‘manda’ formalmente nos médicos, mas atua através de acordos e entendimentos, regidos por uma certa ética profissional corporativa e um acentuado espírito de corpo; ele é muito mais um representante dos interesses dos médicos diante da administração do que o contrário; o corpo médico funciona como cliente do hospital, no sentido de que vê tanto a enfermagem, como o corpo administrativo no papel de ‘fornecedores’ de insumos para seu trabalho”.

### 8.3.2 Satisfação do usuário com o atendimento de emergência

Para o entrevistado B a missão do hospital é o atendimento de emergência de maior gravidade e a satisfação dos usuários é tanto maior quanto maior for a gravidade do caso. Em função desta gravidade e da baixa condição social dos usuários o grau de exigência é baixo, portanto, não havendo uma maior cobrança dos usuários aos profissionais. Além disto, não existem mecanismos formais para ouvir os usuários. O único momento em que se ouve o usuário é no acolhimento na porta da emergência. Para este entrevistado os queixosos são os usuários atendidos no pronto-atendimento que não deveria estar sendo atendido numa emergência de grande complexidade

Os doentes da média e da baixa complexidade se queixam com razão. Por quê? Porque está no lugar errado. Ele tem que se queixar mesmo, porque está no lugar errado. Alguém tem que chegar para ele e dizer: Olha tu estás aqui,

mas aqui não é teu lugar não. É a mesma coisa que você entrar num restaurante Italiano [...] e querer uma comida Indiana. Não vai sair nunca [...] Então tem que ter uma pessoa que chegue para ele e oriente. Que não deveria entrar [...] porque na verdade naquela porta da emergência entra todo tipo de doente, clínico, cirúrgico da alta, da média e da baixa.

Os gestores C e A por motivos diferentes acreditam que há uma boa avaliação da emergência pelos usuários. Para o Entrevistado C, apesar da precariedade das condições oferecidas, a emergência é bem avaliada em decorrência das baixas condições sociais dos usuários.

Olhe a população nossa é tão sofrida, tão pobre que elas aceitam essas condições que a gente oferece e se dão por satisfeitos porque são atendidos na hora...

Já o entrevistado A afirma ser a boa avaliação dos usuários decorrente do bom trabalho dos profissionais.

...eu recebi dois elogios do atendimento, da presteza e da boa vontade dos profissionais, dos guerreiros que estão lá na frente.

Apesar disto, para este entrevistado há queixas pontuais principalmente na demora de realização dos exames e nas acomodações para os pacientes na emergência. Entre os setores hospitalares, a pediatria tem uma melhor avaliação e é decorrente de um maior compromisso dos profissionais com trabalho.

...existe boa vontade de muitos funcionários aí dentro, por exemplo, eu nunca tive problema com a pediatria. Recebi muitos elogios da pediatria, se eu conseguisse reproduzir isso para as outras equipes eu estaria com nota 10 nas emergências...

Situação inversa é encontrada na clínica médica que é decorrente de um menor compromisso, dificuldade na lotação de profissionais e excesso de demanda.

...o lugar mais falho que a gente tem é a clínica médica, o setor de clínica médica é realmente catastrófico, é falho [...] pela demanda [...] então tudo vem para cá, e isso sobrecarrega demais os profissionais e desgasta também. Porque às vezes a pessoa está com uma coisa que ainda não foi tratada na emergência e se irrita por que espera várias horas...

Os depoimentos dos entrevistados evidenciam uma situação complexa. Apesar de existirem motivos para os usuários estarem insatisfeitos com o atendimento, por conta de suas baixas condições sociais, o nível de satisfação é bom. O Entrevistado C complementa com a justificativa de que: “*se dão por satisfeitos porque são atendidos na hora*”, evidenciando na sua justificativa que o restante do sistema de saúde não está cumprindo com o seu papel e/ou os usuários com problemas de baixa complexidade são cientes que não deveriam estar ali e, portanto, se omitem nas críticas às condições oferecidas.

Com exceção do Entrevistado B, que acha que os usuários de baixa complexidade avaliam mal, os demais entrevistados acham que a emergência é bem avaliada pelos usuários. Porém, estes entrevistados identificam que os usuários teriam motivos para estar insatisfeitos com a superlotação, os tempos de espera, a falta de profissionais e a qualidade da assistência de algumas clínicas.

Apesar dos entrevistados referirem as condições não condizentes, principalmente em relação à superlotação das emergências e de em nenhum momento terem citado a realização de qualquer inquérito sobre a satisfação dos usuários destas emergências, há o pressuposto por parte dos entrevistados de que os usuários avaliam bem as emergências, talvez subestimando a percepção dos direitos de cidadania e a capacidade crítica dos usuários.

Esta opinião dos entrevistados, como já foi visto anteriormente, está respaldada por alguns autores que questionam a capacidade de avaliação de usuários de serviços públicos. Seja pela percepção diferenciada sobre os direitos de cidadania e obrigações do Estado e o consequente medo de ser retaliado pelos profissionais avaliados (VAISTMAN; ANDRADE, 2005; DINSDALE et al., 2000; KOTAKA, 1997; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006), seja pelo sentimento de gratidão do usuário por conseguir ser atendido (BERNHART et al., 1999). A maioria dos estudos apresenta uma alta satisfação dos usuários com os serviços de saúde como os realizados por Gouveia et al (2005), Gea et al (2001), Braga Júnior et al (2005), Domingues, Santos e Leal (2004), Alvarado e Vera (2001) e Fernandez, Sanchez, e Linares (2003), o que contribui para este questionamento sobre a capacidade de avaliação dos usuários, embora não tenha sido o caso dos resultados deste estudo apresentados no quarto capítulo.

Uma proposta interessante para ser debatida é a questão do atendimento exclusivo nas grandes emergências aos traumas de alta complexidade. A urgência clínica e as urgências de baixa ou média complexidade seriam encaminhadas para outros serviços. Este é um tema que tem gerado uma grande discussão entre os entrevistados dos sistemas de urgência.

O exemplo mais efetivo desta proposta foi o desenvolvido na Unidade de Emergência Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo a partir de 2000, quando foram definidas como portas prioritárias das urgências as unidades básicas e os pronto-atendimentos, o acesso a esta emergência seria exclusivamente através da Regulação Médica para o atendimento exclusivo às emergências de alta complexidade. Segundo o relato (SANTOS, 2002; SANTOS et al., 2003) “a equipe técnica da Regulação Médica começou a racionalizar a utilização dos recursos hospitalares, preservando os espaços aptos a atender a alta complexidade, garantindo o atendimento imediato às situações que colocam a vida em perigo iminente. Assim, pacientes que não demandam investigação e procedimentos especializados, em geral, deixaram de ser encaminhados à Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas”. Nesta proposta a porta hospitalar da emergência é completamente fechada à demanda espontânea, sendo acessada apenas através da central de regulação médica.

Esta proposta tem alguns elementos que podem ser bastante questionados principalmente em relação ao atendimento exclusivo à grande emergência e ao fim da demanda espontânea. Separar a grande emergência dos casos mais simples nem sempre é tão fácil, principalmente quando se trata de emergências clínicas e que são as que requerem um maior cuidado e uma maior argúcia dos profissionais com o seu diagnóstico, porque são silenciosas, além de requererem um suporte de atendimento de alta complexidade. Segundo, para o usuário o que é baixa, média ou alta complexidade é extremamente relativo e prevalece o sentido da autopreservação da vida, sua e de seus familiares. O QualiSUS (BRASIL, 2003a) e HumanizaSUS (BRASIL, 2004a) estabelece que a assistência de urgência e emergência deva ser organizada através de uma rede regionalizada e hierarquizada por níveis de complexidade. Porém, a proposta do acolhimento com classificação de risco (ACR) preconizada por estas políticas, define que todos devem ser acolhidos para avaliação do risco, realizar o primeiro atendimento e, aí sim, passar para emergência ou ser encaminhado à rede de saúde, cabendo à Central de Regulação Médica de Urgência o ordenamento do que é referenciado pelo pré-hospitalar móvel e o que é referenciado entre unidades de saúde. (BRASIL, 2002).

### 8.3.3 Condições de trabalho oferecidas pelo hospital

Para os entrevistados a melhoria da assistência de urgência só poderá acontecer com o bom funcionamento do resto do sistema de saúde. Uma resolutividade da rede básica de saúde compatível com o que lhe é preconizada resultaria numa menor demanda às emergências e consequentemente num melhor funcionamento das emergências.

...60% de nosso atendimento não é emergência [...] não se preparou (o município), ele não tem uma rede básica, não tem uma policlínica [...] então vem para cá e isso sobrecarrega demais os profissionais e desgasta também (os profissionais) [...] que poderia ser resolvido se a rede funcionasse melhor, se houvesse uma descentralização... (Entrevistado A).

O esgotamento do sistema de urgência é consequência desse excesso de demanda com o consequente comprometimento da qualidade da assistência. Para o Entrevistado B, a divulgação das informações quanto a esta superlotação e as más condições da emergência é uma das maneiras de se ter a cumplicidade de todos envolvidos: usuários, trabalhadores e diretores.

...trabalhar de forma transparente a informação que você tem no hospital para que haja cumplicidade, o envolvimento de todos os seguimentos [...] por exemplo [...] divulgar a quantidade de doentes que estão dentro da emergência [...] então a Secretaria de Saúde não pode dizer que não sabe da informação [...] eu acho que isso é uma forma de você valorizar os profissionais que estão trabalhando de forma sacrificada dentro da emergência [...] você mostra àquela população que vai chegar dentro da emergência com um caso simples e vai dizer: tem 90 vagas com 200 doentes aqui dentro. Eu vou procurar outro local, meu local não é aqui...

Também para o Entrevistado C a superlotação da emergência é determinante da qualidade da assistência, levando à condição desumana de atendimento e às péssimas condições de trabalho.

...a gente, na semana passada chegou a botar doente no chão, não foi em cima de papelão não, foi literalmente no chão. É constrangedor, mas é verdade.  
...eu fico às vezes com vergonha de entrar (na emergência) pelo que a gente ta oferecendo à população e a eles (trabalhadores)...

Segundo este entrevistado, a lotação das equipes das urgências dos hospitais regionais e sua manutenção, contribuiriam com a qualidade do atendimento do sistema de urgência.

Porém, para que isto aconteça precisaria acabar com a interferência política na transferência de recursos humanos e na gestão hospitalar.

...o Estado fez um concurso, procurou viu a necessidade de cada hospital [...] fixou uma equipe com dois cirurgiões, um obstetra, um pediatra, um anestesista e um ou dois clínicos. Pouco tempo depois, o que é que eu vi: Os cirurgiões, um dia ia um, outro dia ia outro. O obstetra quando tinha uma cesárea para fazer, o anestesista não podia fazer, porque tava fazendo não sei o que ou porque não foi ao trabalho. Enfim, o resultado foi “ambulancioterapia”, ou seja, a mesma coisa de sempre [...] aí politicamente é transferido (*profissional*) para Recife fica um buraco, então são essas coisas que atravancam...

Quanto às condições técnicas para o atendimento na emergência, segundo este entrevistado, o hospital conta com profissionais bem capacitados e com o melhor suporte de equipamentos do SUS.

...a gente tem uma sala vermelha para pacientes com risco iminente de vida, é um pessoal muito bem treinado, a gente modéstia a parte, a gente hoje, eu acredito que seja o hospital do SUS do estado mais bem equipado...

Já o Entrevistado A afirma que o hospital conta com diversas carências, a primeira enumerada é a falta de profissionais em alguns setores, que levam à demora no atendimento.

...uma queixa comum é quando você solicita um exame, por mais urgente que seja, às vezes por falta de coletadores, por falta de pessoal qualificado, demora a vinda (da coleta e resultados dos exames)...

Outro problema é a organização atual do setor de imagem. Os pacientes internados e do ambulatório são levados para dentro da emergência para realizarem os exames, sendo este um dos principais fatores de desorganização da emergência. O entrevistado entende que o hospital tem uma estrutura física arcaica, inadequada para o atendimento de emergência que remonta às suas origens de hospital asilar.

O hospital não tem uma estrutura física adequada para o atendimento de emergência de alta complexidade.

O Entrevistado B coloca questões mais estruturais para melhoria interna do hospital que estão correlacionadas com a qualidade. Como a questão do baixo financiamento do sistema de saúde e das emergências que compromete as condições de trabalho oferecidas. Ou

seja, para este entrevistado, uma boa gestão é dependente de algumas condições essenciais como autonomia gerencial e organização dos processos administrativos internos, principalmente em relação a uma política de manutenção física e de equipamentos, que dependem da agilização dos processos licitatórios para garantir as condições de trabalho necessárias aos trabalhadores e uma boa assistência à população.

...não que eu seja insubordinado, mas eu gosto de trabalhar com autonomia e você me cobre os resultados. Eu tive toda autonomia...  
...agora eu não consigo trabalhar: oh bota fulano, bota sicrano. Aí para mim realmente fica muito complicado.  
...eu não tenho a menor condição de ser diretor de um hospital com um déficit de 6 milhões de reais, porque não tem crédito, os fornecedores não entregam...  
...o hospital ficou completamente abandonado no caso de manutenção e licitação. Em 2005 a gente arrumou a casa (*com o pagamento da dívida pela Secretaria*). Em 2006 a gente fez 32 pregões. 80% do hospital tem contrato de manutenção, tomógrafo, raio X, o hospital tem que ter isso.

Ribeiro e Costa (2005) em avaliação da autonomia gerencial como mecanismo de governança destaca como elementos fundamentais a posição do gestor no centro de decisão sobre nomeação da equipe dirigente, execução orçamentária, contratação e demissão, realizar incentivos e negociação com fornecedores. Portanto, elementos em grande parte destacados por este entrevistado, com exceção da possibilidade de contratação e demissão de profissionais e pagamento de incentivos, que não estão entre as possibilidades desta gestão hospitalar.

Para Mordelet, Braga Neto e Oliveira (1993) a autonomia depende do grau de liberdade que será acordado, da amplitude desta liberdade e das contrapartidas que serão exigidas. Para estes autores na gestão hospitalar é desejável que esta autonomia se dirija sobre todas as questões de gestão interna a fim de melhorar sua eficiência e sua eficácia. Porém, a definição dos objetivos sanitários do hospital deve estar subordinada aos interesses da saúde pública e da coletividade, assim como, o orçamento e o montante global das despesas deve ser negociado contratualmente a fim de preservar o controle da evolução das despesas podendo, entretanto, a autonomia ser bastante ampla ao nível da utilização dessa dotação.

O gestor A embora refira a tentativa de ingerência na composição da equipe gerencial, afirma que sua postura inflexível não permitiu tal procedimento.

...queriam tirar uma pessoa nossa por que era ligada a [...] é uma pessoa de extrema confiança minha e ele disse: não vai dar para ela ficar não, por causa das ligações [...] Aí eu disse: Está bom! Então eu não vou ficar [...] aí depois de meia hora ele disse: eu vou resolver. E a gente continuou a fazer a gestão.

O único entrevistado a enfatizar o conforto oferecido aos profissionais como condição de trabalho enfatiza sua importância na satisfação destes profissionais e um conseqüente melhor atendimento à população.

A gente sabe que para você gostar de uma unidade tem que ter uma boa acomodação e refeitório. A primeira coisa que a gente fez foi um bom refeitório. O quarto dos médicos é muito longe da emergência. A gente está procurando ver se constrói uma salinha de estar com computador e TV para os médicos de sobreaviso (Entrevistado A).

Nos depoimentos dos entrevistados fica evidente que as condições oferecidas aos trabalhadores e usuários são decorrentes, principalmente do excesso de demanda provocado pela procura às emergências de problemas de baixa complexidade. O que é uma questão notória. Porém, o que chama atenção é a conclusão destes entrevistados de que esta procura se dá por insuficiência e baixa resolutividade da rede básica. Conclusão que transfere a responsabilidade das condições insatisfatórias para a atenção básica e não leva em consideração a complexidade do problema.

A superlotação das emergências envolve um conjunto de determinantes internos e externos aos hospitais. Como questões externas se impõem a organização do sistema de saúde que garante o acesso universal, a sua resolutividade (questões abordadas pelos entrevistados), a regulação dos leitos e da porta da emergência. Mas também, há os determinantes internos às emergências, como a dissociação e não responsabilização das várias clínicas do hospital com a emergência, a destinação prioritária dos leitos aos pacientes da emergência, a redução do tempo de permanência pela agilização dos meios diagnósticos e terapêuticos, maior responsabilização dos profissionais com os pacientes e a implantação efetiva do acolhimento com classificação de risco que reordenaria todo processo de trabalho das emergências. Ou seja, há uma grande agenda de trabalho de grande complexidade para as gestões hospitalares e gestores do sistema de saúde.

#### 8.3.4 Existência de uma política de qualificação do atendimento de urgência no hospital

Quando argüido sobre o desenvolvimento de propostas de qualificação o Entrevistado A refere a importância da capacitação das equipes de trabalho da emergência.



...eu acho que é importante uma política de qualificação. Eu acho que pela política de qualificação passa tudo [...] melhorar a qualidade do atendimento ao usuário, mas pra isso é preciso [...] treinar todas as pessoas das equipes. Desde as recepcionistas, assistentes sociais, enfermeiros até os médicos...

Refere ainda que, a qualificação da emergência exige uma reestruturação física da unidade, segundo este gestor para priorização do atendimento ao alto risco.

...a gente tem política própria [...] eu tenho um hospital de emergência que está se qualificando cada vez mais como uma grande emergência, [...] eu acho que essa reforma seria primordial, ela faz parte da modernização e da adequação do hospital pra essa emergência...

O entrevistado acha que o Estado não tem uma política de qualificação da assistência de urgência e que não tem exercido seu papel de gestor perante o conjunto dos hospitais do estado, levando a uma autonomização das unidades.

...eu acho que as pessoas que estão na gestão não podem ter medo de determinar as coisas [...] A Secretaria teria que ter, eu acho, uma gerência maior sobre todas as unidades e determinar mais [...] não existe diretor querer ou não querer. Isso é uma política pública e o diretor tem que acatar a decisão maior [...] mas, não se quer entrar em confronto.

Para qualificação do atendimento de emergência o Entrevistado C não apresentou qualquer proposta desenvolvida pelo hospital e, assim como o Entrevistado A, desconhece qualquer iniciativa da gestão estadual. Identifica que para desafogar a emergência é necessária a reabertura da enfermaria fechada, que deu suporte à emergência durante sua reforma.

...a gente está aqui com um andar desativado. Já falei com o secretário. Uma das coisas seria isso, seria ampliar ou resgatar sessenta leitos que a gente hoje tem a menos aqui no segundo andar. Essa seria uma maneira que a gente pensa em diminuir essa demanda reprimida.

Mas, isto depende do suporte da Secretaria Estadual de Saúde e para o Entrevistado C a sua atual gestão, é lerda, paralisada pela politização.

...a gente não conseguiu colocar um tijolo. Tudo parado. Levei tudo com fotografia pela segunda vez [...] Estão todas as obras no zero. Olhe! O Governo já assumiu com o pensamento de que tava todo mundo roubando no governo anterior.

Para o Entrevistado B a proposta de acolhimento com classificação de risco com o envolvimento de uma equipe multiprofissional trazida pelo Ministério da Saúde através do QualiSUS (BRASIL, 2003a), é a proposta de qualificação desenvolvida no hospital.

...conversei com (*consultor do QualiSUS*) e eu não consegui ver nada, com os recursos que a gente têm, que pudesse ordenar melhor as direções (*gestão da emergência*). Você trabalha todos os segmentos, você dá oportunidade à enfermeira para participar da classificação de risco, você traz o profissional para dentro do problema, você tem as humanizadoras. É ela quem trabalha a informação. A enfermeira não trabalha, o médico não trabalha, o psicólogo não trabalha. Quem trabalha a informação é a humanizadora.

Para este entrevistado o trabalho da humanização do atendimento tem como pressuposto o direito à informação pelo usuário e são as humanizadoras o elemento central da proposta, são elas que dialogam, informam e levam a uma maior satisfação dos usuários. A busca da qualificação da emergência é um exercício permanente de todo gestor hospitalar.

Não adianta a pessoa ficar aqui cobrando da Secretaria. Não adianta porque a Secretaria tem mil problemas. Tem a parte política da história. Eu acho que tem que usar a sua imaginação...

O Entrevistado A acha que a proposta de qualificação desenvolvida pelo QualiSUS não está muito clara por conta da falta de documentos oficiais que explicitem melhor o conteúdo desta proposta.

...uma queixa que eu tenho é que eu nunca recebi, eu vou ser muito sincero, eu sempre quis, pedi inclusive ao nosso consultor, especificamente sobre QualiSUS, e não existe muita coisa escrita, palpável, existia as experiências de Ribeirão Preto, fora essas experiências, qual o objetivo maior, o que vai se implementar o que é que vai se fazer...

Apesar disto, o entrevistado identifica que a proposta de acolhimento com classificação de risco proposta pelo QualiSUS reestruturaria o processo de priorização no atendimento e organizaria a assistência de acordo com esse grau de risco e que para dar certo tem que haver todo um processo de convencimento e capacitação de toda equipe.

Uma coisa que agente se entusiasmou muito foi com o projeto QualiSUS, eu acho que o projeto QualiSUS, extremamente bem pensado. Pra começar, definir o grau de prioridade (*classificação de risco*). Então você colocaria enfermeiro, assistente social...

Mas, segundo este gestor, o hospital recebeu parte da equipe do acolhimento e classificação de risco necessária para o seu funcionamento.

...agente recebeu até enfermeiro e assistente social, mas não veio médico, como é que você vai fazer uma “organização do atendimento” sem isso...

O Entrevistado C percebe as políticas de qualificação desenvolvidas pelo Ministério da Saúde como oportunidades para o reequipamento do hospital.

A gente tem recebido muito equipamento desse programa, demorou um pouco, mas, vez em quando chega, e teve também um convênio que a gente [...] ganhou [...] o INTO (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia) deu o Hospital como vencedor, olha eles estão mandando mais de cinco milhões em equipamentos de última geração até autoclave veio, intensificador de imagem, tudo.

Chama a atenção, nos depoimentos dos entrevistados dos hospitais a explicitação da inexistência de uma política própria de qualificação da assistência de urgência do gestor maior dos hospitais, a Secretaria Estadual de Saúde. Pela transcendência do problema da superlotação das emergências e a conseqüente deterioração das condições oferecidas à população e aos trabalhadores não é razoável que os entrevistados dos hospitais não identifiquem propostas do estado para solucionar o problema.

Apesar da autonomia gerencial referida anteriormente pelos gestores, os mesmos quando relatam iniciativas próprias de qualificação se referem às reformas físicas propostas para os hospitais. Não mencionando qualquer proposta para resolver questões graves e que estão sob sua governabilidade como o envolvimento e responsabilização de todas as clínicas com o atendimento e resolutividade da emergência e a conseqüente destinação prioritária dos leitos do hospital à emergência.

Com exceção do Entrevistado B, que explicita a proposta do QualiSUS como a estratégia de qualificação desenvolvida e assumida como sua pelo hospital, os demais entrevistados não evidenciaram a adesão à proposta de qualificação das emergências do Ministério da Saúde. O Entrevistado C demonstra a sua não adesão à proposta de forma explícita quando refere a política como um meio de recebimento de equipamentos, sendo incapaz de mencionar qualquer dos conteúdos da proposta. O Entrevistado A, de forma implícita, também demonstra a sua não adesão quando refere que a não implantação do acolhimento com classificação de risco, elemento nuclear da proposta de qualificação, se deveu à falta de lotação de médicos no hospital, condição que não é essencial para sua

implantação. Demonstrando ser essa chegada de novos médicos a contrapartida da Secretaria Estadual para que haja a implantação do acolhimento com classificação de risco pelo hospital.

### 8.3.5 Pontos básicos de uma proposta de melhoria da qualidade do atendimento de urgência e emergência

Para todos entrevistados a proposta de melhoria da qualidade do atendimento de urgência tem como elemento central a garantia do funcionamento e a resolutividade em todos os níveis assistenciais de urgência. Além da definição clara de responsabilidades: rede de pronto-atendimento com os municípios e os grandes hospitais e suas emergências com o estado. Isto levaria a uma melhor organização e qualidade da assistência de urgência.

As prefeituras precisam fazer a parte delas. Por exemplo, se (*o município*) tivesse duas policlínicas, uma na zona sul e outra na zona norte, eu garanto que o nosso atendimento e o atendimento deles iria melhorar. Se conseguir que esses municípios grandes façam seus exames e eles tenham essa descentralização, a gente consegue melhorar e muito a qualidade de atendimento (Entrevistado A).

Segundo o Entrevistado C a melhoria da qualidade do atendimento de urgência tem como pressuposto uma requalificação dos sistemas de saúde municipais da região metropolitana e uma conseqüente maior resolutividade destes sistemas.

...seria política de responsabilidade da Secretaria. Seriam as prefeituras assumirem seu papel e ter condições de resolutividade, diminuir a demanda para os hospitais especiais.  
...a Região Metropolitana, que eu classifico como a grande culpada pela plethora das duas grandes emergências. Apesar de serem financiados com a gestão plena do Ministério, eles não oferecem nada...

Do ponto de vista da organização do sistema de urgência o entrevistado estranha que o Recife como capital do estado deveria ter uma maior responsabilização com a garantia da prestação da assistência de emergência de alta complexidade para os seus municípios.

...é estranho que o Recife seja uma das poucas capitais do Brasil que a prefeitura não tenha um serviço de emergência...

Para o Entrevistado B também é importante a abertura de novas unidades de emergências na rede hospitalar já existente, inclusive como emergências referenciadas, como retaguarda das grandes emergências para desobstrução destas emergências.

...ou ele vai entrar no sistema ou ele vai ser penalizado, eu entendo que o Hospital das Clínicas não pode ser uma emergência de porta aberta [...], mas pode ser uma emergência referenciada...

Opinião semelhante tem o Entrevistado C que afirma:

A solução do hospital com emergência não está no hospital que tem emergência, seria [...] abrir duas grandes enfermarias, uma masculina e uma feminina [...] para drenar esses doentes que estão no corredor...

Portanto, os gestores quando desafiados a pensar uma política geral de melhoria da qualidade da assistência de urgência no plano geral enfatizam a importância da resolutividade dos sistemas de saúde municipais, a responsabilização sanitárias dos municípios e a organização de leitos de retaguarda às emergências.

A porta da emergência é um retrato do funcionamento do sistema de saúde, nela reflete a insuficiência da rede assistencial de urgência, ou não, e a pouca resolutividade deste sistema. Nestas circunstâncias, por mais desenvolvido tecnologicamente que seja o hospital e sua emergência, haverá a superlotação das emergências e o conseqüente atendimento desumanizado à população.

Outra questão enfatizada pelo gestor B é que, apesar da importância da autonomia gerencial, o hospital não é uma ilha e tem que está subordinado às reais necessidades do sistema de saúde.

...o diretor ele não é tão “rei” assim, mas ele faz muita coisa se quiser, quero fechar essa enfermaria, e não consulta o sistema (*de saúde*)...

Ainda como de importância geral para esta qualificação o Entrevistado A afirma que as universidades estão distanciadas das reais necessidades do sistema de saúde.

...no Brasil [...] a gente forma especialistas. Então eu acho que deveria se formar urgentistas [...] mas essa escola não temos aqui [...] eu acho que teria que ter entre as opções [...] ser urgentista...

Para este Entrevistado como não há este profissional com este tipo de qualificação, com o perfil para o trabalho nas emergências, precisa ser realizado o treinamento em serviço.

...tem que fornecer treinamento e qualificação de todos os profissionais envolvidos na emergência [...] qualificar bem o pessoal da recepção [...] enfermeiro, assistente social, aí você consegue melhorar...

No Brasil, o crescimento da assistência de urgência em função da realidade epidemiológica, o processo de municipalização com o conseqüente aumento dos serviços de pronto-atendimento, assim como, a adoção de novas estratégias de assistência de urgência adotadas como políticas nacionais como a regulação médica das portas de urgência e a implantação do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b) e a insuficiência de profissionais capacitados para este atendimento, trouxe à tona a discussão de novas estratégias de formação de profissionais capacitados para esta assistência.

Entre estas estratégias de capacitação está a discussão da assistência de urgência como área de especialização multidisciplinar. Para Santos et al (2003) “há poucos profissionais com cursos de especialização em urgência e pouco reconhecimento dos pares aos profissionais. Assim, têm sido freqüente os hospitais universitários fecharem seus serviços de urgência, e as faculdades, os pronto atendimentos dos centros de saúde; há, de certa forma, a ‘terceirização’ da formação em urgência, entre os profissionais de saúde. Assim, é provável que a criação da disciplina e da especialidade Urgências Médicas seja a alternativa para o desenvolvimento da sistematização e da avaliação crítica das práticas, bem como para a produção de novos conhecimentos”. Outra estratégia é o fortalecimento das Residências Médicas em hospitais terciários de emergência. Residência das várias especialidades médicas e em enfermagem. Com isso teríamos especialistas clínicos, pediatras, neurologistas, traumatologistas, entre outros, com uma boa formação no atendimento de urgência e emergência. Como relata o Entrevistado C:

...todos são bem treinados, a maioria fez Residência Médica aqui, a gente sempre dá prioridade que venham para cá os médicos que foram nossos residentes e conseguimos com certo êxito esse nosso objetivo...

Outro elemento importante para melhoria da qualidade trazido pelo Entrevistado B e A é a remuneração diferenciada dos que trabalham nas emergências.

...faz parte também, a questão do incentivo financeiro [...] trabalhar numa emergência dessa e você não ter um suporte financeiro razoável, você não passa muito tempo [...] por que é um campo de guerra, qualquer emergência é um campo de guerra (Entrevistado A).

O Entrevistado B vai além do aumento dos salários propõe um regime de aposentadoria especial para os médicos como elementos importantes para fixação dos profissionais e qualificação do atendimento de urgência

Eu acho o seguinte: que o médico, ele tinha que ter um tratamento [...] diferenciado. Eu acho que o cara que trabalha na emergência não poderia concorrer com uma pessoa que está na eletiva em termos de aposentadoria. Então se criasse uma forma em que o cara que der 25 anos de plantão se aposentaria [...] com isso você consegue fixar as pessoas...

O papel da melhoria pecuniária no estímulo ao desempenho dos profissionais, na melhor qualidade da assistência e o conseqüente melhor atendimento à população, já abordado neste capítulo, é um dos componentes da motivação dos profissionais (BATISTA et al., 2005; BORGES; ALVES FILHO, 2001). Porém, é inegável o seu papel na qualidade da assistência prestada “Outras melhorias, que podem ser ‘creditadas’ à política da avaliação e gratificação dos servidores, foram a agilidade na realização dos exames laboratoriais de urgência e uma notável melhoria da qualidade dos prontuários em todas as unidades assistenciais do hospital” (CECÍLIO et al., 2002).

No plano interno do hospital, segundo o Entrevistado C, há a necessidade de realização de concurso para o preenchimento de vagas das várias especialidades nas equipes de plantão das emergências. Além disto, o gestor B ressalta a importância da sensibilização dos profissionais das enfermarias com os problemas da emergência para qualificação interna do hospital.

O hospital deve fazer a parte dele [...] e uma das coisas muito difícil aqui no hospital, é trazer o pessoal que está nas enfermarias...

Entre as mudanças internas para qualificação da assistência o Entrevistado B propõe a readequação da porta hospitalar da emergência para garantir o atendimento imediato aos pacientes com risco de vida, como preconizado pelo QualiSUS (BRASIL, 2003a).

Deveríamos ter um acesso exclusivo para a unidade de trauma. O doente grave, o doente que é realmente do perfil do hospital ele não iria concorrer com o doente clínico, diabético, ele cairia diretamente na unidade de trauma

[...] tempo é uma coisa extremamente importante, reflete na mortalidade desse doente.

Há ainda questões culturais que vão levar um grande tempo para serem mudadas como o hábito da população de procurar as emergências para resolver qualquer problema de saúde.

...ainda vai ter gente que mesmo sabendo que o caso dele não é um caso para ser atendido num hospital de complexidade do tipo da nossa, ainda vai vir aqui, porque é mais cômodo, porque sai mais barato para ele tomar um ônibus só, fazer um raio X na hora e já ser medicado (Entrevistado C).

Esta é uma questão relevante a ser enfrentada e tem como um dos principais determinante a pouca resolutividade da atenção básica à saúde, mas principalmente com a organização do sistema de saúde que garanta a territorialização, adscrição da clientela e a conseqüente responsabilização da equipe de profissionais com a saúde de sua população.

#### 8.3.6 Condições da equipe gerencial para o desenvolvimento de uma proposta de melhoria da qualidade

Quanto à capacitação, experiência e compromisso com o trabalho da equipe gerencial o Entrevistado B afirma ter contado com ótimos profissionais, principalmente na gerência da emergência e administrativa, o que facilitou substancialmente o seu trabalho.

...eu sou uma pessoa privilegiada porque tenho dentro da emergência uma pessoa que tem o conhecimento de um todo [...] SAMU, regulação... e você sabe que essa visão é muito importante porque você tem uma sensibilidade muito maior, não só para fazer diagnóstico do problema como para resolver o problema [...] outra pessoa que eu trouxe que é uma pessoa de confiança minha é o administrador financeiro...

Para o Entrevistado C os profissionais que trabalham na gerência do hospital têm mais capacidade do que experiência.

...a equipe gerencial do hospital eu acho que é razoável, com exceção de alguns casos esporádicos, acho que a maioria é bem competente sim. Mais competência do que experiência eu diria...



Esta afirmação da pouca experiência da equipe gerencial é contraditória com o seu relato de que a qualificação e experiência dos funcionários federais existentes no hospital é bem melhor que os atuais do estado.

O nível dos funcionários do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, *extinto em 1993*) (BRASIL, 1993) é da água para o vinho e ainda têm mais, eles ainda gostam do hospital. Eu acho que é o hospital no estado do Pernambuco que têm mais aposentados trabalhando. Não querem sair.

O Entrevistado A enfatiza a importância da formação específica em gestão hospitalar e constata a ausência desta capacitação na equipe do hospital.

...mas, falta à gerência é preparo mesmo para ser gerente. Agente está com muita gente em determinados locais por acomodação, alguns estão nesses locais há muitos anos, mas eu acho que faltaria treinamento específico para gerenciar.

Portanto, os gestores entrevistados afirmam que há um grande compromisso e disponibilidade dos funcionários. Apesar de críticas sobre a capacitação dos profissionais que compõem as gerências, não relataram qualquer iniciativa das gestões hospitalares ou da Secretaria Estadual para capacitação em gestão hospitalar. Assim como, nenhum dos gestores abordou, como um dos entraves à boa gestão, a profissionalização da gestão hospitalar, talvez em função das regras atuais da ocupação dos cargos como de confiança da gestão estadual, condição em que estes gestores foram nomeados. No Brasil historicamente a direção hospitalar é um espaço assumido pela categoria médica como forma de legitimação de seu poder. Para Barbosa e Lamy (1993), “o médico ao se tornar diretor hospitalar, ele o faz como parte da própria ‘carreira’ médica. Ele não se transforma profissionalmente ou mesmo se especializa. Essa atividade é em geral, complementar, centrada no bom senso, na sua liderança inata, no seu poder pessoal de congregar e de negociar”.

Um dos gargalos existentes, para o Entrevistado B, é a baixa remuneração da gratificação para a equipe gerencial técnica.

...uma dificuldade muito grande é em termo de remuneração. Há uma disparidade muito grande hoje. O diretor ganha R\$ 3.600,00 [...] a chefe da enfermagem tem um trabalho muito grande para ganhar R\$ 600,00...

Para este gestor, um financiamento mais justo do hospital, assim como uma maior flexibilidade administrativa com o pagamento por metas estabelecidas e alcançadas pelo hospital dariam uma melhor condição gerencial.

...eu tentei fazer a contratualização do hospital com o Ministério da Saúde [...] a gente ia contratualizar algumas coisas em termos de metas: melhorar a mortalidade institucional, melhorar a infecção, coisas que realmente é importante [...] Isso daria para trazer para o hospital em torno de 350 mil reais. Que eu acho que é um bom dinheiro.

Portanto, uma questão importante e que também tem a haver com a profissionalização da gestão é a questão dos valores pagos aos cargos da gestão hospitalar destes hospitais públicos. Apesar deste gestor relatar seu esforço para realização da contratualização de metas proposta pelo Ministério da Saúde, fica evidenciada nas suas palavras, “*Isso daria para trazer para o hospital em torno de 350 mil reais*”, a importância dada à contratualização como mecanismo de amenizar o problema do subfinanciamento do hospital e que é uma questão central para os gestores de hospitais públicos com serviço de emergência.

Segundo este entrevistado, estes recursos permitiriam realizar um melhor pagamento das diversas chefias, assim como, instituir a figura dos gerentes de cada pavimento do hospital com responsabilidade sobre as questões administrativas como o tempo de permanência dos internados e as metas contratualizadas, ligados aos chefes dos serviços.

...sensibilidade administrativa, você querer cobrar isso da chefia, não tem como. ... A minha idéia é exatamente o seguinte [...] é botar uma pessoa que fosse um gerente do andar [...] Ele identificaria as coisas, os problemas e com isso teria um monitoramento constante [...] você pode fazer isso, porque com esse dinheiro você pode inclusive contratar, está previsto isto [...] Se eu pegar 16 gerentes e der uma gratificação de dois mil reais por mês, eu vou receber isso em dobro, em triplo.

A contratualização de hospitais de ensino iniciou-se em maio de 2004 através do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (BRASIL, 2004b), segundo esta portaria “entende-se processo de contratualização como o meio pelo qual, as partes envolvidas, o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos”.

“Dessa forma, busca-se redefinir o papel do Hospital de Ensino no sistema municipal ou de referência, de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em

função das necessidades de saúde da população, determinando as metas a serem cumpridas; a qualificação da inserção do Hospital de Ensino na rede estadual/municipal de saúde, as definições dos mecanismos de referência e contra-referência com as demais unidades de saúde; a mudança das estratégias de atenção; a humanização da atenção à saúde; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população; a qualificação da gestão hospitalar; e o desenvolvimento das atividades de educação permanente e de pesquisa de interesse do SUS” (BRASIL, 2004b).

A contratualização prevê o pagamento global dos recursos médios anteriores acrescidos de um incentivo à contratualização aos hospitais certificados. Os hospitais públicos sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde certificados como hospitais de ensino foram os Hospitais Oswaldo Cruz, Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, Agamenon Magalhães, Getúlio Vargas e Hospital da Restauração. A partir de junho de 2005 através da portaria interministerial 907 (BRASIL, 2005) o Ministério da Saúde destinou um valor anual de R\$ 1.760.080,53 como incentivo à contratualização de metas a estes hospitais, porém com repasse dos recursos à Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Como vemos, no momento da realização desta pesquisa a SES já recebia os recursos destinados ao incentivo à contratualização dos Hospitais Getúlio Vargas e Restauração. Apesar das expectativas geradas pelo Entrevistado B de que estes recursos complementares seriam descentralizados ao hospital e que permitiriam o seu uso como incentivo a uma melhor assistência e gestão hospitalar, estes recursos não foram descentralizados ao hospital.

Para o Entrevistado A as regras da administração pública são ineficientes e ineficazes, não dá autoridade aos gestores na gestão dos recursos humanos, problema central para uma boa gestão.

...para ser chefe da minha emergência é quase uma condenação, entendeu! [...] ninguém está passando mais de 1 ano e meio, é uma grande rotatividade. Aí os caras chegam e dizem: eu não agüento mais! Por que ele briga com todo mundo, ele reclama de todo mundo...

Este entrevistado, apesar do seu compromisso político com o serviço público, transparece as decepções ao longo do tempo e desgastes com a gestão pública.

A gente tinha vontade, tinha desejo de construir alguma coisa. Fazer algo diferente, eu acreditava no serviço publico [...] Eu acho, eu acredito que o SUS vai ser o nosso grande empregador, já é o nosso maior empregador e vai ser a saída para grande maioria dos médicos. Agora a gente tem que lutar para melhorar as condições de trabalho e de salário.

A ineficiência das regras da administração pública, aqui abordada, principalmente na gestão de recursos humanos, é relatada como desautorizadora e desestimulante na gestão pública, embora esse desestímulo pode também ser decorrente de seu compromisso corporativo. O condicionamento da resposta a uma pauta sindical dos médicos por melhores salários e condições de trabalho para uma maior colaboração dos trabalhadores torna evidente este atrelamento corporativo.

## Referências

- ALVARADO, R.; VERA, A. Evaluación de la satisfacción de usuarios de hospitales del sistema nacional de servicios de salud em Chile. **Revista Chilena de Salud Pública**, Santiago, v. 5 n. 2. p. 81-89, 2001.
- BATISTA, A. A. V. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.
- BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, 2006.
- BARBOSA, P.; LAMY, Y. A função do diretor hospitalar. In: CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar um desafio para o hospital brasileiro**. Éditions École Nationale de la Santé Publique, 1993. p.133-149.
- BERNHART, M. H. et al. Patient satisfaction in developing countries. **Social Science & Medicine**, New York, v. 48, n. 8, p. 989-996, 1999.
- BORGES, L. O.; ALVES FILHO, A. A mensuração da motivação e do significado do trabalho. **Estudos de Psicologia/Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, Natal, v. 6, n. 2, p. 177-194, 2001.
- BRAGA JÚNIOR, M. B. et al. Epidemiologia e grau de satisfação do paciente vítima de trauma músculo-esquelético atendido em hospital de emergência da rede pública brasileira. **Acta Ortopedica Brasileira**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.137-140, 2005.
- BRASIL, Presidência da República, Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.689, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Brasília, DF, 27-07-1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048/2002**). Regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **QualiSUS: Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2003a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.864/2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2003b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Textos Básicos de Saúde, Série B. Brasília, DF, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 907/2005**. Estabelece que os recursos financeiros que estão sendo repassados em conta específica aos estados e municípios, resultantes do processo de contratualização, destinados ao custeio e a manutenção dos hospitais de ensino. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação e Cultura. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1006/2004**. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, 2004.

CECILIO, L. C. O. et al. Institui o pagamento de incentivo financeiro para os funcionários como parte da política de qualificação da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1655-1663, 2002.

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

DINSDALE, G. B. et al. **Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros**. Brasília: ENAP n. 20, 2000.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 1, p. S52-S62, 2004.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

FERNANDEZ, M. B. T.; SANCHEZ, M. P. B.; LINARES, X. G. Nivel de satisfacción general y analisis de relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. **Revista Médica Herediana**, Lima, v. 14, n.4, p. 175-180, 2003.

GEA, M.T. et al. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del centro médico-quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. **Revista Calidad Asistencial**, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 37-44, 2001.

GIORGI A.; MURRAY, E. **Duquesne studies in phenomenological psychology**. Pittsburg, PA: Duquesne University Press, 1975.

GOUVEIA, G. C. et al. Health care user satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, sup., p. S109-S118, 2005.

HERTZBERG F. The motivation-higiene theory. In: Vroom, VH; Deci, EL. **Management and motivation**. Londres: Peguin Book; General Editor, 1981. p. 86-90.

KEVAL, S. **An Introduction to Qualitative Research Interview**. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 1996.

KOTAKA F. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 171-177, 1997.

MORDELET, P.; BRAGA NETO, F.; OLIVEIRA, S. G. Autonomia de gestão. In: CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar um desafio para o hospital brasileiro**. Éditions École Nationale de la Santé Publique, 1993. p.87-100.

NASCIMENTO SOBRINHO C. L. et al. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 97-102, 2006.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. **Mecanismos de governança e modelos alternativos de gestão hospitalar**. Relatório do Programa de Pesquisas Hospitalares. Em busca de excelência: Fortalecendo o desempenho hospitalar no Brasil. Ministério da Saúde e Banco Mundial, 2005. Brasília, DF.

RICHARDSON, R. J. - **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

SANTOS, J. S. Da fundação do Hospital das Clínicas à criação da unidade de emergência e sua transformação em modelo nacional de atenção hospitalar às urgências. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 403-418, 2002.

SANTOS, J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 498-515, 2003.

VAISTMAN, J.; ANDRADE, G. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

## **9 ANÁLISE FINAL: As conclusões por triangulação de métodos e resultados**

### **9.1 Introdução**

A realização da análise final da qualidade da assistência de urgência de alta complexidade na cidade de Recife foi o momento que exigiu o maior esforço. Fazer dialogar métodos e técnicas variadas, foi o desafio, numa situação em que a bibliografia estudada sobre a triangulação de métodos não eram suficientes para desenhar o caminho concreto de como analisar um determinado fenômeno, que é abordado, ao mesmo tempo, por métodos e técnicas quantitativas e qualitativas. São vários resultados: satisfação dos usuários, motivação dos médicos e enfermeiros, condições de trabalho oferecidas a estes profissionais, observação sobre as condições oferecidas e organização da assistência de urgência, análise dos prontuários e análise política dos gestores dos hospitais sobre a assistência de urgência prestada por seus hospitais. Buscar a percepção apreendida em cada um destas técnicas e construir a explicação síntese foi a tarefa desafiadora.

A avaliação de um fenômeno complexo como a assistência de emergência pelos usuários dos serviços, profissionais e gestores será distinta, onde estão presentes um conjunto de perspectivas ideológicas, corporativas e técnicas diferentes, mas que tem como interesse comum a manutenção da vida e o alívio do sofrimento. Escutar todos os envolvidos é um passo importante para ampliar a avaliação e assim aproximar-se da essência destas avaliações e produzir uma explicação síntese.

A partir de uma realidade concreta que é assistência de urgência e a qualidade com que ela é prestada (o objeto), houve uma desconstrução deste objeto em avaliações segmentadas nos capítulos anteriores, em fragmentos de um todo e que é também um novo construto a partir do olhar de segmentos envolvidos. O momento da reconstrução do objeto, juntando e unindo as avaliações, fragmentos deste objeto, deve ser bastante rica, produzirá uma nova avaliação, novamente um novo construto, que é uma tentativa de reaproximação da realidade, onde pretende-se reaproximar do todo, a complexidade do objeto.



## 9.2 Metodologia

Para elaboração da análise final, foi necessário elaborar um instrumento que possibilitasse sistematizar todos os resultados a partir das dimensões propostas para esta análise. O primeiro passo foi resgatar as dimensões orientadoras da formulação da avaliação da qualidade para serem analisadas:

Análise de estrutura e processo.

- Condições oferecidas e
- Trabalho dos profissionais

Análise das dimensões da qualidade.

- Acolhimento e
- Respeito aos direitos das pessoas:
  - Confidencialidade das informações;
  - Privacidade no atendimento;
  - Direito à informação;
  - Conforto;
  - Dignidade e cortesia;
  - Acolhimento;
  - Priorização na atenção ao usuário;
  - Percepção da qualidade da assistência pelos usuários.

O segundo passo foi identificar na **Matriz de elaboração dos instrumentos** em quais das avaliações realizadas com os usuários, profissionais, gestores e observações o tema (dimensão) foi abordado ou pode ser correlacionado. O terceiro passo foi extrair dos resultados e discussões as variáveis das dimensões aí contidas que deverão ser analisados. O quarto passo foi, relendo cuidadosamente todos os resultados e discussões, tantas vezes quanto sejam necessários, retirar as passagens em que a dimensão e as variáveis são abordados e transportá-los até a **Matriz de análise por triangulação dos resultados**.

Tema/ Dimensão:					
Variáveis	Avaliações				
	Satisfação dos Usuários	Profissionais	Observação	Preenchimento do prontuário	Entrevistas com Gestores
a	↓	↓	↓	↓	↓
b	↓	↓	↓	↓	↓
.	↓	↓	↓	↓	↓
.	↓	↓	↓	↓	↓

O quinto passo é sublinhar em cada um dos resultados o conteúdo essencial abordado para este tema para em seguida (sexto passo) elaborar transversalmente o conteúdo síntese apresentando as semelhanças, diferenças, conflitos e tensões contidos em cada uma das abordagens produzidas pelos usuários, profissionais, gestores e pesquisadores, com óticas e interesses distintos em relação aos temas abordados. Ficando assim elaborada a **Matriz de análise por triangulação dos resultados**:

Análise por triangulação dos resultados					
Tema/ Dimensão: Condições oferecidas					
Variáveis	Avaliações				
	Satisfação dos Usuários	Profissionais	Observação	Preenchimento do prontuário	Entrevistas com Gestores
Emergências					
Profissional avaliado					
<b>Conteúdo síntese da triangulação dos resultados</b>					
Emergências	→				
Profissional avaliado	↓				

**Quadro 1 - Matriz de análise por triangulação dos resultados.**

Para uma maior compreensão da **Matriz de análise por triangulação dos resultados** exemplificaremos sua utilização através da triangulação dos resultados em relação à **dimensão: condições oferecidas** e sua avaliação quanto à **variável: emergência pesquisada**.

<b>Análise por triangulação dos resultados - Condições oferecidas nas emergências pesquisadas.</b>					
<b>Tema/ Dimensão: Condições oferecidas</b>					
<b>Variáveis</b>	<b>Avaliações</b>				
	Satisfação dos Usuários	Profissionais	Observação	Preenchimento do prontuário	Entrevistas com Gestores
Emergências	Os hospitais com maiores níveis de insatisfação com as <i>condições oferecidas</i> , são os da Restauração (60,7%) e Otávio de Freitas (57,9%). A altíssima insatisfação com as <i>condições oferecidas</i> e o <i>trabalho dos profissionais</i> dos usuários com queixas de <i>causas externas</i> do HR não é acompanhada da mesma avaliação dos usuários com queixas de <i>causas externas</i> do HOF e HGV...	Entre os hospitais, o que tem a pior avaliação das condições de trabalho é o HOF. O HGV e o HR têm avaliações semelhantes Porém, chama a atenção a melhor avaliação no HR do <i>quantitativo de profissionais</i> que deve ser por conta do número de especialidades existentes e o número de residentes aí em formação, assim como, a avaliação menos negativa em relação à <i>gestão e a organização do trabalho</i> .	A melhor avaliação da emergência do HR em relação a todos os tempos de espera avaliados, com exceção da espera para realização do raio X, Ao comparar o tempo para entrega dos resultados, entre as emergências o HR apresenta um tempo bem menor em relação aos outros hospitais, O HR por oferecer estes exames em todos os dias da semana e nos dois turnos além de realizar a tomografia no próprio hospital evidencia uma melhor estruturação para o atendimento de urgência de alta complexidade. Entre as emergências, a do HR foi a que apresentou uma maior diversidade e um maior número de profissionais compondo a equipe do acolhimento.		Para o Entrevistado B a missão do hospital é o atendimento de emergência de maior gravidade e a satisfação dos usuários é tanto maior quanto maior for a gravidade do caso. Em função desta gravidade e da baixa condição social dos usuários o grau de exigência é baixo, portanto, não havendo uma maior cobrança dos usuários aos profissionais. Com exceção do Entrevistado B, que acha que os usuários de baixa complexidade avaliam mal, os demais entrevistados acham que a emergência é bem avaliada pelos usuários.
Profissional avaliado					
<b>Conteúdo síntese da triangulação dos resultados</b>					
Emergências	A maior insatisfação dos usuários com as condições oferecidas pelo HR não são concordantes com a avaliação dos profissionais que avaliam esta emergência como a que oferece as condições de trabalho mais favoráveis, assim como, com as observações realizadas em que foram constatados os melhores tempos de espera, uma maior disponibilização de meios diagnósticos, uma maior implantação do acolhimento, classificação de risco e responsabilização com o usuário nesta emergência. Resultado talvez determinado pelo perfil de maior gravidade dos casos que chegam a este hospital e que é reforçado pela constatação de uma maior insatisfação com as condições oferecidas nesta emergência dos usuários com queixas de causas externas, porém, não corroborado por um gestor que afirma ser a satisfação do usuário tanto maior quanto maior for a gravidade do caso.				
Profissional Avaliado					

**Quadro 2 - Matriz de análise por triangulação dos resultados - Condições oferecidas nas emergências pesquisadas.**

Esta ferramenta metodológica permitiu captar o conteúdo dos temas abordados por cada um dos atores sociais envolvidos, produzir os resultados e conclusões sínteses contidas nas várias abordagens parciais sem redundâncias, além de propiciar a elaboração de conclusões mais consistentes.

Esta abordagem final é um outro resultado, a riqueza da análise da satisfação dos usuários ou das motivações dos médicos e enfermeiros é ímpar. Se o objetivo é querer perceber o sentimento dos usuários em relação ao atendimento prestado a fonte fundamental é a análise da satisfação dos usuários. A confrontação dos resultados e sua síntese e divergências traz novos achados que agora não são mais de tal ou qual ator social, mas é o produto de todos achados, fortalecendo ou enfraquecendo teses defendidas a partir de uma única abordagem.

### **9.3 Análise de estrutura e processo**

#### **9.3.1 Condições oferecidas**

Os gestores dos hospitais ao avaliarem as condições oferecidas, avaliam como não satisfatórias, principalmente em relação à superlotação das emergências. Estes diretores acham que os usuários avaliam como boas as condições oferecidas nas emergências em função de suas baixas condições sociais e conseqüentemente (na avaliação destes) sua baixa expectativa em relação às condições oferecidas. Porém, não foi esta a avaliação encontrada na avaliação da satisfação dos usuários, a insatisfação com as condições oferecidas foi unânime nos três hospitais, com um nível de insatisfação superior a 55% , sendo maior no HR e nos usuários adultos jovens, com maior escolaridade e do sexo masculino, evidenciando desconhecimento dos gestores e a subestimação da capacidade dos usuários em se indignar com a “qualidade” da assistência prestada, mesmo que seja no momento da realização da assistência, que, como vimos anteriormente, poderia estar sob a influência do viés de gratidão.

Esta criticidade dos usuários com as condições oferecidas chega ser maior que a insatisfação dos profissionais médicos e enfermeiros em relação às condições de trabalho. Os profissionais são queixosos em relação às condições gerais de trabalho, gerenciamento e organização do trabalho e os equipamentos e insumos, sendo esta última, a categoria de

análise pior avaliada pelos médicos e enfermeiros, embora não seja essa a avaliação dos gestores que chegam a afirmar que contam com o melhor suporte de equipamentos do SUS para o atendimento na emergência, como afirma o Entrevistado C, centrando suas críticas à superlotação das emergências. Apesar da questão crítica da análise das condições gerais de trabalho oferecidas pelo hospital, um único gestor (Entrevistado A) refere a importância e o investimento realizado na melhoria do refeitório e nas condições de repouso dos profissionais para uma maior satisfação dos profissionais e melhoria da qualidade da assistência.

A superlotação das emergências foi constatada na observação, sendo esta a expressão mais evidente das más condições oferecidas, embora seja decorrente de outros fatores, como a regulação da porta de emergência e a não satisfação das necessidades assistenciais da população pelo sistema de saúde, mas são também dependentes da organização interna das emergências que garantam uma maior agilidade na coleta e entrega dos resultados dos exames, assim como, a destinação prioritária dos leitos à emergência.

Este tempo de espera para realizar os exames e chegar os resultados é particularmente crítico para os exames laboratoriais. Para os profissionais o suporte de laboratório apresenta a pior avaliação dos meios diagnósticos e terapêuticos, o que é corroborado pela avaliação do Entrevistado A que afirma ser uma queixa comum a demora na realização dos exames por mais urgente que seja, às vezes por falta de profissionais para coleta, assim como, o tempo de entrega dos resultados. Estes achados são confirmados pela observação dos tempos de espera. Os dados coletados evidenciam mais de três horas para chegada dos resultados dos exames laboratoriais. Isto também se reflete na satisfação dos usuários. Os tempos de espera têm a segunda maior insatisfação dos usuários entre as condições oferecidas.

A maior insatisfação dos usuários com as condições oferecidas pelo HR não são concordantes com a avaliação dos profissionais que avaliam esta emergência como a que oferece as condições de trabalho mais favoráveis, assim como, com as observações realizadas em que foram constatados os melhores tempos de espera, uma maior disponibilização de meios diagnósticos, uma maior implantação do acolhimento, classificação de risco e responsabilização com o usuário nesta emergência. Resultado talvez determinado pelo perfil de maior gravidade dos casos que chegam a este hospital e que é reforçado pela constatação de uma maior insatisfação com as condições oferecidas nesta emergência dos usuários com queixas de causas externas, porém, não corroborado por um gestor que afirma ser a satisfação do usuário tanto maior quanto maior for a gravidade do caso.

### 9.3.2 Trabalho dos profissionais

A melhor avaliação do trabalho dos profissionais pelos usuários em relação às condições oferecidas é coerente com o perfil motivacional dos profissionais que têm uma grande motivação para o trabalho nas emergências e em particular por ser a *realização no trabalho* o fator motivacional de maior importância para os médicos e enfermeiros. Como vimos no Capítulo 5, como este fator se refere à busca de prazer e realização pessoal e profissional, independência de pensamento e ação no trabalho por meio da autonomia intelectual e da criatividade, há uma nítida relação entre esta motivação para o trabalho em si com a boa avaliação do trabalho dos profissionais pelos usuários. Outro fator que corrobora com esta avaliação são os resultados com um preenchimento razoável do prontuário dos pacientes pelos médicos, demonstrando alguma responsabilização com a garantia do trabalho executado e suas implicações éticas e legais.

Porém, a intensidade da motivação dos profissionais no geral e a avaliação das condições oferecidas pelos hospitais não teve correlação com a satisfação dos usuários com as emergências. Na emergência do HGV temos a maior satisfação dos usuários com o trabalho dos profissionais e a menor motivação dos profissionais e condições oferecidas pelo hospital semelhante aos demais hospitais.

Este entendimento da boa avaliação dos usuários é compartilhado pelos gestores dos hospitais que são unânimes em afirmar que os usuários têm uma boa avaliação das emergências, por vários motivos, mas, principalmente pelo trabalho dos profissionais, apesar das precárias condições de trabalho oferecidas aos profissionais “*para as condições que o hospital fornece, eu acho que os trabalhadores em geral, os funcionários em geral, eles se desdobram demais na emergência*” (Entrevistado C). Embora haja uma avaliação do trabalho dos profissionais melhor que as condições oferecidas pelos usuários, esta melhor avaliação não foi suficiente para encobrir os problemas das unidades. Assim como, apesar da grande satisfação dos usuários com o trabalho dos profissionais no HGV e HOF, esta grande satisfação não foi unânime, no HR há um nível de insatisfação de 42,1% o que é coerente com outras avaliações dos usuários desta emergência.

A correlação de maior motivação dos profissionais com as melhores condições oferecidas percebidas pelos enfermeiros e de uma pior avaliação das condições com uma menor motivação dos médicos, essa correlação é também valorizada pelo Entrevistado B ao buscar um maior compromisso dos profissionais com a maior motivação para o exercício do

trabalho. Para este gestor o instrumento motivacional é a transparência da gestão que garantirá um maior envolvimento dos profissionais com o trabalho e com o hospital.

O pequeno valor atribuído ao fator motivacional prestígio que representa para os profissionais um pequeno reconhecimento do trabalho nas emergências pela sociedade e em particular pelos gestores da saúde, assim como o alto valor dado à estabilidade, podem ser interpretados e correlacionados com possíveis baixos salários pagos aos profissionais da emergência, no período da pesquisa. Esta correlação é reconhecida pelo Entrevistado A ao enfatizar a melhoria da remuneração enquanto fator motivacional para um maior compromisso e melhoria da qualidade da assistência realizada nas emergências, papel também reconhecido pelo Entrevistado B, porém, para as funções gerenciais do hospital.

Ao correlacionar o perfil dos profissionais com a importância da experiência e a formação dos profissionais relatada pelos gestores entrevistados, observa-se que: os médicos são mais jovens (25 e 34 anos) que os enfermeiros (35 e 44 anos), portanto, com uma menor experiência; a maioria dos enfermeiros e médicos tem como formação Residência ou Especialização; e a maioria optou trabalhar nas emergências. Portanto, apesar da queixa de inexperiência e formação inadequada de seus profissionais de dois gestores dos hospitais (Entrevistados A e B), a situação evidenciada não é tão grave, principalmente porque estes profissionais demonstraram que trabalham nas emergências como opção própria. Porém, a alta rotatividade, principalmente dos médicos, e a falta de capacitações específicas para o atendimento de emergência evidenciam necessidades para realização de treinamentos específicos como o referido pelo Entrevistado C, ao referir que em determinada época “*todos eles tinham aquele, ATLS (advanced trauma life support) [...] se eu não me engano três cursos, os que estavam na época foram obrigados a fazer*”, assim como, a busca de mecanismos de uma maior permanência dos profissionais.

## 9.4 - Análise das dimensões da qualidade

### 9.4.1 Acolhimento

O acolhimento apesar de ser uma mudança da relação entre profissionais e usuários, uma ação contínua que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde realizada por todos os profissionais de saúde, é na recepção da emergência onde se dá a primeira linha de ação. Na avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento por setores da emergência a maior insatisfação é encontrada na recepção, embora seja boa a avaliação dos usuários em relação à gentileza dos funcionários da recepção (76,5%) e quanto ao tempo de espera para adentrar ao hospital (78,3%), resultado semelhante em relação à aferição do tempo de espera para entrar na emergência, ou seja, esta insatisfação dos usuários se dá por questões como a disponibilidade de funcionários para dar orientações e o conforto, além de ser este o momento de maior incerteza por parte dos usuários o que deve gerar uma maior angústia dos usuários.

Quando comparamos esta avaliação entre os hospitais os que apresentam as piores avaliações da recepção, HR e HOF, são contraditoriamente as emergências que apresentaram os melhores resultados em termos de tempo para acessar, mais de 78% dos usuários levam no máximo 10 minutos para entrar nos hospitais. É também na emergência do HR em que foi evidenciada uma maior estruturação do acolhimento com uma maior diversidade e um maior número de profissionais compondo a equipe e com o funcionamento mais amplo e mais efetivo da classificação de risco. Porém, é nesta emergência que se evidencia uma maior insatisfação dos usuários com o trabalho dos profissionais. Estes resultados aparentemente contraditórios evidenciam que a satisfação dos usuários no momento da chegada à emergência tem outros determinantes, como uma estruturação arquitetônica arcaica das portas das emergências obrigando a uma situação de convivência de pessoas com todos os graus de risco. Estas situações conflitantes entre os serviços e os usuários, particularmente o de baixo risco são explicitadas na fala do Entrevistado B ao afirmar: *“os queixosos são os usuários atendidos no pronto-atendimento que não deveria estar sendo atendido numa emergência de grande complexidade”*, assim como, na baixa adesão dos profissionais das emergências à proposta do acolhimento com classificação de risco evidenciada nas observações realizadas nas emergências.



Pensando o acolhimento enquanto essa mudança de relação entre profissionais e usuários e que se dá em todos os momentos da assistência de urgência precisamos valorizar a boa avaliação que os usuários fazem do trabalho dos profissionais e a boa motivação para o trabalho dos médicos e enfermeiros quanto ao fator motivacional relações sociais que se refere à busca dos profissionais por relações positivas no trabalho e contribuição para a sociedade.

Apesar do reconhecimento dos entrevistados de que a proposta do acolhimento com classificação de risco é o elemento central da requalificação da organização das emergências trazida pelo Ministério da Saúde através do QualiSUS, só o Entrevistado B a assumia como a proposta de qualificação assimilada e desenvolvida no hospital.

Esta não adesão ou adesão descomprometida da maioria das direções dos hospitais repercutia entre os profissionais das emergências. Nas observações realizadas também foi evidenciado o pouco compromisso dos médicos e enfermeiros à proposta do acolhimento com classificação de risco justificada pela carência de profissionais e não adesão dos médicos, o que na verdade significava a rejeição a novas atribuições, a mudança de rotinas e implantação de novas tecnologias.

Este não envolvimento ou envolvimento parcial dos gestores e trabalhadores com a proposta do acolhimento com classificação de risco tem como consequência a implantação desigual da proposta evidenciada nas observações do pesquisador. O funcionamento mais amplo da proposta, mas não completa, foi observado na emergência do HR onde a proposta do ACR funcionava na porta da emergência, a classificação era comunicada através da colocação de tarjas coloridas de acordo com o grau de risco nos prontuários do paciente e era comunicado o tempo de espera. Em nenhuma das três emergências os espaços eram organizados de acordo com esta classificação de risco, convivendo os vários graus de risco num mesmo espaço. Esta (des)organização da assistência repercute na gestão do cuidado, evidenciada através dos longos tempos de espera para realização dos exames clínicos e radiológicos além da constatação de que nestas emergências os pacientes estão internados em macas nos corredores destas emergências.

#### 9.4.2 Respeito aos direitos das pessoas

##### a) Confidencialidade

A satisfação dos usuários com a confidencialidade das informações ao serem atendidos por médicos e enfermeiros em particular com a confiança dos usuários em contar seus problemas aos médicos (90,5% de satisfação) é coerente com a alta valorização dos fatores motivacionais realização no trabalho e relações sociais que levam a uma maior valorização do médico e do enfermeiro ao trabalho em si e na construção de relações com os colegas e usuários levando a uma maior dedicação aos pacientes.

##### b) Privacidade

A grande insatisfação dos usuários com a privacidade do atendimento, particularmente no HR e HOF (45,7% e 42,05%) e entre os idosos é corroborada com a constatação da superlotação das emergências na observação e fala de um gestor: *“a gente, na semana passada chegou a botar doente no chão, não foi em cima de papelão não, foi literalmente no chão. É constrangedor, mas é verdade”* (Entrevistado C), esta superlotação das emergências leva além do desconforto a impossibilidade da garantia da privacidade na assistência prestada ao usuário.

##### c) Direito à informação

Apesar do bom trabalho, evidenciado na observação sistemática, das equipes de acolhimento na orientação aos usuários quando da chegada às emergências, orientando e ajudando os pacientes a encontrarem os setores do hospital como já relatado anteriormente, principalmente no HR onde o acolhimento se encontrava melhor estruturado, os resultados da satisfação dos usuários em relação ao direito à informação não foram muito satisfatórios no HOF e HGV (65%) e no HR (57,1%), sendo a disponibilidade dos funcionários para dar orientações a questão pior avaliada, o que é contraditório com a melhor implantação do acolhimento com classificação de risco no HR e no trabalho dos profissionais na orientação aos usuários na porta da emergência.

Resultado inverso é encontrado em relação à facilidade de achar os vários setores dos hospitais em que apresenta uma boa satisfação dos usuários (72,2%) e a constatação nas observações realizadas pelos pesquisadores da má sinalização nas emergências, principalmente no HR, HGV, além de não existir a divulgação das especialidades médicas oferecidas nas três emergências.

#### d) Dignidade e cortesia

A avaliação da dignidade e cortesia no atendimento ao usuário tem uma satisfação semelhante ao direito à informação, com 65% de satisfação no HOF e HGV e uma menor satisfação dos usuários do HR (57,1%). Este tratamento digno e cortês ao usuário tem questões referentes às ações dos profissionais e condições oferecidas aos usuários, entre estas, as questões melhor avaliadas a gentileza dos profissionais e a disponibilidade dos profissionais para o atendimento. Portanto, a grande motivação dos profissionais em relação ao fator motivacional relações sociais que se refere à contribuição do profissional para a sociedade e a busca de relações sociais positivas no trabalho por meio do trabalho, deve estar contribuindo e justificando a gentileza e disponibilidade dos profissionais para um tratamento digno ao usuário.

A maior satisfação dos usuários com a possibilidade da presença do acompanhante (80%) foi corroborada pela observação dos pesquisadores de que todas as emergências permitem a presença do acompanhante no atendimento de urgência, embora nenhum dos hospitais ofereça qualquer tipo de acomodação. Assim como, a grande satisfação com a facilidade de entrar no hospital (78,3%) é confirmada pela mensuração do tempo de espera médio para adentrar à emergência de 13 minutos no período diurno e 7 minutos no período noturno, que, como vimos no sexto capítulo, é um resultado muito razoável.

A maior insatisfação dos usuários com a impossibilidade de fazer reclamações e ser ouvido dentro do hospital é confirmada pelo Entrevistado B que afirma não existir mecanismos formais para ouvir os usuários, sendo o acolhimento na porta da emergência o único momento em que se ouve o usuário.

#### e) Conforto

A mais alta insatisfação dos usuários com o conforto (56%) é evidenciada nas declarações dos gestores que dizem ter pacientes no chão da emergência, assim como, pela superlotação das emergências “*o ambiente é insalubre demais, tem dia que para você andar na emergência tem dificuldade pelo número de doente o que não é o ideal*” e completa “*eu fico às vezes com vergonha de entrar pelo que a gente está oferecendo a população e a eles*” (Entrevistado C). Este depoimento do entrevistado valoriza a evidência de que nestes serviços pacientes estão “internados” por longo período em macas nos corredores das emergências.

Esta avaliação dos usuários e dos gestores é também feita pelos médicos e enfermeiros ao avaliar as condições de trabalho oferecidas pelos hospitais, entre as categorias das condições, o conforto é a condição pior avaliada particularmente pelos médicos. Entre as questões que compõem as condições oferecidas, o conforto como condição de trabalho tem a

pior avaliação entre todas as questões. Por outro lado, a péssima avaliação do conforto como condição de trabalho é coerente, como foi visto anteriormente, com o baixo prestígio percebido pelos médicos e enfermeiros enquanto fator motivacional.

No conforto oferecido aos profissionais a qualidade da refeição é a questão melhor avaliada resultado semelhante à satisfação dos usuários com a qualidade das refeições servidas pelos hospitais.

Apesar dos usuários avaliarem muito bem a limpeza dos hospitais, assim como, ser a questão melhor avaliada referente ao conforto no HR e entre os enfermeiros, no HGV e HOF e entre os profissionais médicos são encontradas avaliações majoritariamente ruins para a limpeza. Nas observações realizadas sobre a limpeza imediata do ambiente em situações emergenciais os resultados foram semelhantes entre as emergências, com uma boa limpeza no período diurno e uma limpeza ruim no período noturno. Como nestes hospitais os pacientes só vestem roupa do hospital quando estão localizados na unidade de trauma e unidade de cuidados intermediários, esta situação evidencia uma pouca higiene individual dos pacientes principalmente se levarmos em consideração a longa permanência e a situação de “internamentos” nos boxes e corredores.

#### f) Priorização na atenção ao usuário

A boa avaliação dos usuários em relação à facilidade de entrar no hospital (78,3%), como vimos anteriormente, tem seu resultado confirmado pela observação da mensuração do tempo de espera para entrar nas emergências em que mais de 78% dos usuários levam no máximo 10 minutos para entrar no HOF e HR. Porém, este resultado não corresponde a outras avaliações dos usuários em relação aos tempos de espera, a insatisfação encontrada (48,1%) só é superada pela avaliação do conforto.

Esta grande insatisfação dos usuários com a espera foi evidenciada nas mensurações dos tempos de espera realizadas nas observações do pesquisador. A insatisfação de 43,2% dos usuários com a espera para ser atendido é confirmada pelo tempo médio de espera para este atendimento de 41 minutos no período diurno e 38 no período noturno e que na avaliação das condições de trabalho é confirmada pelo grande número de atendimentos realizados pelos profissionais, segundo opinião dos profissionais entrevistados. A insatisfação dos usuários (37,5%) é também com o tempo para realização dos exames laboratoriais, compatível com o tempo médio de mais de uma hora para coleta de material nos dois períodos, tempos não compatíveis com a situação de atendimento em regime de urgência. Resultado que é confirmado pelo Entrevistado A que afirma ser a demora para realização de exames, por falta de profissionais para coleta, uma das principais queixas dos usuários.

Também em relação aos tempos de espera para realização dos exames de imagem é alta a insatisfação dos usuários (45,7%), esta insatisfação é endossada pelos tempos de espera mensurados nas três emergências, com exceção do tempo de espera para realização do raio X no HGV que é bastante satisfatório. Como os tempos dos demais exames de imagem (endoscopia, ultrassonografia e tomografia), são bastante longos justifica a péssima avaliação dos usuários.

Apesar dos tempos de espera serem menores no HR para realização dos exames, com exceção do raio X, este melhor desempenho não determinou uma maior satisfação dos usuários, nesta emergência é encontrada a maior insatisfação dos usuários com os tempos de espera (55,0%). Mais uma vez, este resultado reforça a tese de que a satisfação com o tempo de espera é relativa à gravidade do caso. Como neste hospital há um perfil de maior gravidade dos casos isto é determinante numa maior exigência com um menor tempo de espera para o atendimento, realização de procedimentos e exames laboratoriais e de imagem.

#### g) Assistência clínica

A grande motivação dos médicos e enfermeiros principalmente em relação à realização no trabalho provavelmente foi um elemento influenciador da boa avaliação geral dos usuários em relação ao trabalho dos profissionais, assim como, na boa avaliação específica da assistência clínica prestada pelos profissionais aos usuários, particularmente em relação à paciência do médico para escutar os problemas de saúde, o seu detalhamento na realização do exame clínico, e ainda na boa avaliação da enfermagem em relação aos cuidados com a medicação e a dieta. Esta boa satisfação dos usuários com a assistência prestada pelos profissionais é corroborada pelas entrevistas dos gestores que enfatizam que a satisfação dos usuários com a assistência de urgência seja determinada pelo trabalho dos profissionais, apesar das condições oferecidas pelo hospital. Na verdade o que se conclui é que a satisfação dos usuários, quando acontece, é decorrente principalmente da boa avaliação do trabalho dos médicos e enfermeiros.

Porém, esta avaliação da assistência clínica é afetada segundo o Entrevistado A pela falta de profissionais e pela alta rotatividade que leva à inexperiência dos profissionais, além de sua qualificação inadequada para a assistência de emergência. Opinião que é fortalecida pela avaliação crítica dos usuários em relação à quantidade de médicos e enfermeiros para realizar uma boa assistência, apesar da boa avaliação do trabalho dos profissionais.

A avaliação crítica em relação à quantidade de profissionais refere-se ao número de profissionais efetivamente realizando a assistência de emergência, não é uma avaliação do

número de profissionais lotados nas emergências, que como já vimos anteriormente no quinto capítulo, principalmente em relação aos médicos, parecem ser suficientes.

Esta boa avaliação da assistência clínica por parte dos usuários é também fortalecida pela ausência de queixas em relação às condições tecnológicas para o atendimento, ao contrário, o Entrevistado C afirma ser o seu hospital o mais bem equipado do SUS estadual. As críticas existentes são devidas à falta de obras ou recursos humanos para abertura de enfermarias ou de serviços como refeitório. Para os gestores o excesso de demanda é um fator consensual definidor da queda da qualidade da assistência clínica, talvez seja este excesso de demanda o responsável pelos resultados precários do preenchimento dos prontuários pelos médicos e principalmente pelos enfermeiros.

Apesar de ser a emergência do Hospital da Restauração a pior avaliada pelos usuários em relação à assistência clínica, 45,7% de insatisfação, é nesta emergência que há a maior motivação para o trabalho em relação ao fator motivacional realização no trabalho, que como já vimos antes seria o fator motivacional mais determinante para uma melhor assistência ao paciente. É também nesta emergência que foi encontrado os menores tempos de espera a que são submetidos os usuários, além de ter uma maior disponibilidade de meios diagnósticos, fatores que melhoram a assistência clínica realizada. Estas evidências reforçam as conclusões anteriores de que o perfil de maior gravidade dos pacientes do HR é determinante de uma maior crítica dos usuários. Resultado que deve ser entendido em sua complexidade, não apenas em relação à sua coerência em relação aos demais resultados. Talvez uma maior crítica dos usuários da emergência do HR seja determinada pela maior necessidade de presteza na assistência realizada em função desta maior gravidade.

A riqueza dos resultados obtidos neste estudo evidencia a complexidade da avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência. Estes resultados referem-se as avaliações feitas a partir das dimensões escolhidas, outras avaliações com outros referenciais terão resultados possivelmente diferentes. O uso de várias abordagens metodológicas para apreender a avaliação dos usuários, trabalhadores e gestores com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência de emergência demonstrou ser uma potente ferramenta metodológica para aproximação de problemas complexos. Os resultados e conclusões obtidos pelo estudo espera-se que sejam de importância não só para as emergências estudadas, mas, por lidar com uma ampla variedade de métodos e evidências permitiu realizar algumas generalizações a proposições teóricas sobre os temas aqui abordados como:

- A satisfação dos usuários deveria ser o objetivo central da assistência à saúde.
- O respeito aos direitos das pessoas não faz parte da agenda dos gestores.
- Valorização dos profissionais para motivação e melhoria da qualidade da assistência deveria ser um forte instrumento gerencial.
- A estrutura e organização da assistência são pouco acolhedoras.
- A rede hospitalar deveria investir em tecnologias leves de gestão da urgência:
  - Acolhimento com classificação de risco;
  - Organização da assistência de acordo com o grau de risco;
  - Horizontalização da assistência;
  - Regulação da porta da emergência;
  - Leitos de retaguarda e
  - Auditoria de prontuários.

# Apêndices

---

---







Estas questões se referem à identificação do paciente.

### III- CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO

Sexo: F ( ) M ( )

Ano de nascimento: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

- ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) União consensual  
( ) Solteiro ( ) Separado

Em que cidade você mora? \_\_\_\_\_

Qual sua escolaridade?

- ( ) Sem escolaridade ( ) Ensino médio  
( ) Ensino fundamental ( ) Ensino superior

Qual a sua principal ocupação?

- ( ) Conta própria ( ) Aposentado ( ) Estudante  
( ) Empregador ( ) Dona de Casa ( ) Militar  
( ) Não remunerado ( ) Desempregado ( ) Estatutário  
( ) CLT ( ) Empregado sem vínculo

Você se considera de que raça/cor?

- ( ) Branca ( ) Parda/Morena ( ) Negra ( ) Amarela ( ) Índio

Você tem alguma religião?

- ( ) Católico ( ) Protestante ( ) Espírita ( ) Nenhuma ( )  
Outra: \_\_\_\_\_

Como chegou a esta unidade de saúde?

- ( ) Carro ( ) Ônibus/Kombi ( ) A pé  
( ) Moto ( ) Táxi ( ) Ambulância  
( ) SAMU

Alguém veio lhe acompanhando? ( ) SIM ( ) NÃO

QUEM?: ( ) Vizinho ( ) Parente ( ) Amigo ( ) Outro:  
\_\_\_\_\_

Você veio com algum encaminhamento? ( ) SIM ( ) NÃO

DE ONDE? ( ) Ambulatório ( ) Hospital  
( ) SAMU ( ) Serviço de Pronto Atendimento

Qual foi a queixa ou problema de saúde que fez você vir para o hospital?  
\_\_\_\_\_





33. Em relação à refeição servida pelo hospital. Dê uma nota de 0 a 10														
34. Em relação ao ruído. Dê uma nota de 0 a 10.														
35. Em relação à iluminação. Dê uma nota de 0 a 10.														

As perguntas que serão feitas agora estão relacionadas a uma avaliação mais geral do hospital

### III – AVALIAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

QUESTÕES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	OBS
36. Em relação à possibilidade de fazer reclamações dentro do hospital e ser ouvido. Dê uma nota de 0 a 10												
37. Em relação à facilidade de achar os setores que você precisou no hospital, quando precisou. Dê uma nota de 0 a 10.												
38. Em relação ao atendimento recebido no hospital, de forma geral. Dê uma nota de 0 a 10												

### IV- CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO

Sexo: F ( ) M ( )

Ano de nascimento: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

( ) Casado

( ) Viúvo

( ) União consensual

( ) Solteiro

( ) Separado

Em que cidade você mora? \_\_\_\_\_

Qual sua escolaridade?

( ) Sem escolaridade

( ) Ensino médio

( ) Ensino fundamental

( ) Ensino superior

Qual a sua principal ocupação?

( ) Conta própria

( ) Aposentado

( ) Estudante

( ) Empregador

( ) Dona de Casa

( ) Militar

( ) Não remunerado

( ) Desempregado

( ) Estatutário

( ) CLT

( ) Empregado sem vínculo

Você se considera de que raça/cor?

( ) Branca

( ) Parda/Morena

( ) Negra

( ) Amarela

( ) Índio

Você tem alguma religião?

( ) Católico

( ) Protestante

( ) Espírita

( ) Nenhuma

( ) Outra: \_\_\_\_\_

Como chegou a esta unidade de saúde?

( ) Carro

( ) Ônibus/Kombi

( ) A pé

( ) Moto

( ) Táxi

( ) Ambulância

( ) SAMU

Alguém veio lhe acompanhando?

( ) SIM

( ) NÃO

QUEM?:

( ) Vizinho

( ) Parente

( ) Amigo

( ) Outro: \_\_\_\_\_

Você veio com algum encaminhamento? ( ) SIM ( ) NÃO

DE ONDE? ( ) Ambulatório ( ) Hospital

( ) SAMU

( ) Serviço de Pronto Atendimento

**Qual foi a queixa ou problema de saúde que fez você vir para o hospital?**

---

**APÊNDICE C – Termo de consentimento dos usuários**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**  
**Avaliação da qualidade do atendimento quanto à garantia dos direitos e acolhimento dos usuários,**  
**condições oferecidas e motivação dos profissionais, nas emergências do Recife”.**

Prezado Usuário(a) do Sistema Único de Saúde:

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade do atendimento de urgência/emergência quanto às condições oferecidas e motivações dos profissionais da rede de urgência da cidade do Recife, financiada pelo Ministério da Saúde e realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, com aprovação da Secretaria Estadual de Saúde. Participando, você contribuirá para a identificação dos problemas e elaboração de propostas para melhoria do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista aos pesquisadores que lhe perguntarão sua opinião sobre o atendimento recebido no hospital.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Ao participar desta pesquisa não existe nenhum risco no sentido de prejudicar o andamento do seu tratamento;
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Sua identificação não será revelada na divulgação dos dados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone, a forma de contato com o Coordenados da Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Recife, \_\_\_\_de novembro de 2006.

Antonio da Cruz Gouveia Mendes  
Responsável pela Pesquisa

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

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

Recife,     /     /2006.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado



## APÊNDICE D – Avaliação das motivações e condições de trabalho

### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO QUANTO À GARANTIA DOS DIREITOS E ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS, CONDIÇÕES OFERECIDAS E

CÓDIGO DO PROFISSIONAL:	PESQUISADOR:
DATA	HORA

#### MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, NAS EMERGÊNCIAS DO RECIFE.

### I. AVALIAÇÃO DE VALORES RELATIVOS AO TRABALHO

Neste questionário você deve perguntar a si próprio: “QUAIS SÃO OS MOTIVOS QUE ME LEVAM A TRABALHAR NESTE HOSPITAL?”. Esses motivos constituem os valores do trabalho.

A seguir, há uma lista de valores do trabalho. Pedimos sua colaboração para avaliar quão importante cada valor é para você como um princípio orientador em sua vida no trabalho, marcando o número, à direita de cada valor, que melhor indique a sua opinião. Use a escala de avaliação abaixo:

**Como Princípio Orientador em Minha Vida no Trabalho neste Hospital, esse motivo é:**

1	2	3	4	5
Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante

Quanto maior o número (1, 2, 3, 4, 5), mais importante é o valor como um princípio orientador em sua vida no trabalho. Tente diferenciar, tanto quanto possível, os valores entre si, usando para isso todos os números. Evidentemente, você poderá repetir os números em suas respostas/avaliações.

<b>É importante para mim:</b>					
1. Estabilidade financeira	1	2	3	4	5
2. Ser independente financeiramente	1	2	3	4	5
3. Combater injustiças sociais	1	2	3	4	5
4. Realização profissional	1	2	3	4	5
5. Realizar um trabalho significativo para mim	1	2	3	4	5
6. Competitividade	1	2	3	4	5
7. Trabalho intelectualmente estimulante	1	2	3	4	5
8. Autonomia para estabelecer a forma de realização do trabalho	1	2	3	4	5
9. Poder me sustentar	1	2	3	4	5
10. Ter prazer no que faço	1	2	3	4	5
11. Conhecer pessoas	1	2	3	4	5
12. Satisfação pessoal	1	2	3	4	5
13. Trabalho interessante	1	2	3	4	5

<b>É importante para mim:</b>					
14. Crescimento intelectual	1	2	3	4	5
15. Seguir a profissão da família	1	2	3	4	5
16. Gostar do que faço	1	2	3	4	5
17. Status no trabalho	1	2	3	4	5
18. Ganhar dinheiro	1	2	3	4	5
19. Ser útil para a sociedade	1	2	3	4	5
20. Auxiliar os colegas de trabalho	1	2	3	4	5
21. Preservar minha saúde	1	2	3	4	5
22. Ter prestígio	1	2	3	4	5
23. Bom relacionamento com colegas de trabalho	1	2	3	4	5
24. Identificar-me com o trabalho	1	2	3	4	5
25. Supervisionar outras pessoas	1	2	3	4	5
26. Amizade com colegas de trabalho	1	2	3	4	5
27. Competir com colegas de trabalho para alcançar as minhas metas profissionais	1	2	3	4	5
28. Ter compromisso social	1	2	3	4	5
29. Colaborar para o desenvolvimento da sociedade	1	2	3	4	5
30. Realização pessoal	1	2	3	4	5
31. Ter superioridade baseada no êxito do meu trabalho	1	2	3	4	5
32. Mudar o mundo	1	2	3	4	5
33. Ter fama	1	2	3	4	5
34. Ter notoriedade	1	2	3	4	5
35. Estabilidade no trabalho	1	2	3	4	5
36. Ajudar os outros	1	2	3	4	5
37. Suprir necessidades materiais	1	2	3	4	5
38. Enfrentar desafios	1	2	3	4	5
39. Ser feliz com o trabalho que realizo	1	2	3	4	5
40. Trabalho variado	1	2	3	4	5
41. Aprimorar conhecimentos da minha profissão	1	2	3	4	5
42. Obter posição de destaque	1	2	3	4	5
43. Ter melhores condições de vida	1	2	3	4	5
44. Trabalho que requer originalidade e criatividade	1	2	3	4	5
45. Colaborar com colegas de trabalho para alcançar as metas de trabalho do grupo.	1	2	3	4	5

## II – AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Como você avalia as questões abaixo:

<b>QUESTÕES</b>	<b>Ótimo</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Ruim</b>	<b>Péssimo</b>
1. Conforto como condição de trabalho					
2. Limpeza do Ambiente;					
3. Disponibilidade dos equipamentos de trabalho;					
4. Manutenção dos equipamentos;					
5. Quantidade de materiais para desenvolver as atividades (medicamentos, descartáveis etc);					
6. Condições de repouso para os profissionais oferecida pelo hospital;					
7. Qualidade da refeição oferecida;					
8. Organização do ambiente;					
9. Quantidade de médicos no serviço;					
10. Quantidade de enfermeiros no serviço;					
11. Quantidade de pessoal auxiliar no serviço;					
12. Número de atendimento por turno;					
13. Carga horária do turno de trabalho.					
14. Segurança oferecida pelo hospital					
15. Suporte do serviço de laboratório					
16. Suporte do banco de sangue					
17. Suporte do serviço de imagem					

### III- CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

Sexo: ( ) F ( ) M

Ano de nascimento: \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

- ( ) Casado ( ) Solteiro  
( ) Viúvo ( ) Separado

Ano de Formatura: \_\_\_\_\_ Universidade: \_\_\_\_\_

**Especialização:**

- ( ) Residência ou Especialização ( ) Mestrado ou Doutorado ( ) Nenhuma

**Que tipo de vínculo possui com a unidade?**

- ( ) Residente ( ) Estatutário Federal  
( ) Contrato Temporário ( ) CLT  
( ) Estatutário Estadual

A lotação no hospital foi por opção sua? ( ) SIM ( ) NÃO

Há quanto tempo trabalha na Emergência deste Hospital? \_\_\_\_\_

**Qual é o turno/regime semanal de trabalho?**

- ( ) 2 plantões de 12 horas ( ) 1 plantão de 24 horas  
( ) Diarista ( ) Outro \_\_\_\_\_  
( ) 12h / 60 h

Trabalha em outra unidade de saúde? ( ) Sim ( ) Não

É uma unidade pública ou privada? ( ) Pública ( ) Privada

**Em que tipo de unidade?**

- ( ) PSF ( ) Ambulatório ( ) Universidade  
( ) Emergência ( ) Hospital ( ) Laboratório de Pesquisa  
( ) Outro

Você desenvolve alguma outra atividade fora do trabalho? ( ) SIM ( ) NÃO

**Qual?**

- ( ) Político Partidária ( ) Desportivas ( ) Artísticas  
( ) Voluntariado ( ) Religiosas ( ) Outras \_\_\_\_\_

Se for possível, gostaríamos de saber sua renda total estimada: **(RESPOSTA OPCIONAL)**

- ( ) Até R\$2.000,00 ( ) Entre R\$4.000,00 e R\$6.000,00  
( ) Entre R\$2.000,00 e R\$4.000,00 ( ) Entre R\$6.000,00 e R\$ 10.000,00  
( ) Acima de R\$ 10.000,00 ( ) Não quero responder

**APÊNDICE E – Termo de consentimento dos profissionais**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**  
**“Avaliação da qualidade do atendimento quanto à garantia dos direitos e acolhimento dos usuários, condições oferecidas e motivação dos profissionais, nas emergências do Recife”.**

Prezado Profissional de Saúde:

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade do atendimento de urgência/emergência quanto às condições oferecidas e motivações dos profissionais da rede de urgência da cidade do Recife, financiada pelo Ministério da Saúde e realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, com aprovação da Secretaria Estadual de Saúde.

Participando, você contribuirá para a compreensão da satisfação dos profissionais de saúde quanto ao seu trabalho e elucidação de obstáculos à qualificação do serviço prestado nas urgências/emergências dos hospitais, e ainda, com a formulação de propostas de aprimoramento do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista aos pesquisadores que lhe indagarão sobre as suas motivações para o trabalho na urgência/emergência e sua avaliação quanto às condições oferecidas pelo hospital para o bom atendimento à população.

**É IMPORTANTE SABER QUE:**

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Sua recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;
- Ao participar desta pesquisa não existe nenhum risco no sentido de prejudicar o seu trabalho neste hospital;
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato do Coordenador da Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Recife, \_\_\_\_\_ de outubro de 2006.

Antonio da Cruz Gouveia Mendes  
Pesquisador Responsavel

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

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

Recife,        /        /2006.        .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional Entrevistado

## APÊNDICE F – Roteiro da observação sistemática I

### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO QUANTO À GARANTIA DOS DIREITOS E ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS, CONDIÇÕES OFERECIDAS E MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, NAS EMERGÊNCIAS DO RECIFE.

<b>ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA</b>		
<b>Data:</b>	<b>Turno:</b>	<b>Pesquisador:</b>

Marque um X de acordo com a resposta:

<b>OBSERVAÇÕES GERAIS</b>		
<b>1. Os ambientes do hospital são bem sinalizados:</b> (Considerar <b>Sim</b> se todos os setores da unidade estiverem indicados por placas com sinais de fácil visualização e compreensão)	SIM	NÃO
<b>2. Há divulgação no hospital sobre as especialidades oferecidas:</b> (Considerar <b>Sim</b> se houver placas visíveis com indicação de todas as especialidades disponíveis na unidade, na recepção em áreas de fácil visualização.)	SIM	NÃO
<b>3. Existem acomodações para acompanhantes:</b> (Considerar <b>Sim</b> se os acompanhantes puderem permanecer sentados, ou seja, se houver cadeira e espaço para eles. Observar e, se necessário, perguntar a algum acompanhante.)	SIM	NÃO
<b>4. Há limpeza imediata na presença de vômito, sangue, urina, água ou outros resíduos no ambiente:</b> (Observar acidentes de contaminação do ambiente (paciente que vomita, que não contém a urina, etc) e se há limpeza do ambiente logo após o ocorrido. Considerar o intervalo de 30 minutos para limpeza das secreções expostas.)	SIM	NÃO

Marcar o tempo decorrido de acordo com a solicitações dos itens a seguir:

<b>MENSURAÇÃO DOS TEMPOS DE ESPERA</b>	<b>Usuário 1</b>	<b>Usuário 2</b>
<b>1. Tempo de espera da chegada do paciente até sua entrada no hospital.</b>		
<b>2. Tempo de espera da entrada do paciente até ser atendido pelo médico ou enfermeiro.</b>		
<b>3. Tempo de espera para realizar exames de imagens (iniciar a mensuração a partir da hora registrada na solicitação do exame, até realização do mesmo)</b>	<b>Usuário 1</b>	<b>Usuário 2</b>
Raio X		
Endoscopia		
Ultrassonografia		
Tomografia		
<b>4. Laboratório- sangue e urina (iniciar a mensuração a partir da hora registrada na solicitação do exame, até a entrega do resultado)</b>	<b>Usuário 1</b>	<b>Usuário 2</b>
Tempo entre solicitação e coleta (SPA)		
Tempo entre solicitação e entrega (SPA e Emergência)		

**APÊNDICE G- – Roteiro da observação sistemática II**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO QUANTO À GARANTIA DOS DIREITOS E ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS, CONDIÇÕES OFERECIDAS E MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, NAS EMERGÊNCIAS DO RECIFE.**

<b>ROTEIRO DAS OBSERVAÇÕES DOS PESQUISADORES</b>				
	Diurno		Noturno	
Existência de equipe de acolhimento	Sim	Não	Sim	Não
Se sim, quantos e quais são os profissionais fazem parte?				
Profissional	Número			
O que é feito para que o usuário se sinta acolhido pela unidade?				
É realiza a classificação de risco?	Diurno		Noturno	
	Sim	Não	Sim	Não
Se sim, como a classificação é realizada?				
Os pacientes de baixo risco são atendidos na unidade ou encaminhado a outro serviço?				
A classificação determina graus de risco? Quais?				
Os graus de risco são sinalizados por cores ou outra sinalização?				
O grau de risco determina um tempo máximo de espera para atendimento? Quais?				
A unidade está organizada em espaços distintos de acordo com o grau de risco?				
Existe uma incorporação tecnológica nos espaços de acordo com o grau de risco				
Qual a rotina de encaminhamento dos pacientes para outros serviços?	Ficha de encaminhamento	Central de Regulação	Telefone Verbal	
O que o hospital utiliza para informar aos usuários sobre o tempo de espera para o atendimento?	Placa com o tempo médio	Informação dada pela equipe de acolhimento	Não informa	
Observar se os pacientes da emergência vestem roupas do hospital. ( ) Sim ( ) Não				

## APÊNDICE H – Análise documental

### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO QUANTO À GARANTIA DOS DIREITOS E ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS, CONDIÇÕES OFERECIDAS E MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, NAS EMERGÊNCIAS DO RECIFE.

<b>ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO PRONTUÁRIO</b>		
<b>Data:</b>	<b>Turno:</b>	<b>Pesquisador:</b>

Marcar com um X o preenchimento ou não dos itens abaixo relacionados no prontuário, sem análise de qualidade do preenchimento:

<b>ANÁLISE DOCUMENTAL ENFERMEIRO</b>	<b>Prontuário 1</b>	<b>Prontuário 2</b>	<b>Prontuário 3</b>	<b>Prontuário 4</b>	<b>Prontuário 5</b>
<b>1.</b> Identificação do paciente	S    N	S    N	S    N	S    N	S    N
<b>2.</b> Queixa	S    N	S    N	S    N	S    N	S    N
<b>3.</b> Antecedentes Clínicos	S    N	S    N	S    N	S    N	S    N
<b>4.</b> Sinais Vitais	S    N	S    N	S    N	S    N	S    N
<b>5.</b> Conduta de Enfermagem	S    N	S    N	S    N	S    N	S    N

<b>ANÁLISE DOCUMENTAL MÉDICO</b>	<b>Prontuário 1</b>	<b>Prontuário 2</b>	<b>Prontuário 3</b>	<b>Prontuário 4</b>	<b>Prontuário 5</b>
<b>6.</b> História Clínica	S    N	S    N	S    N	S    N	S    N
<b>7.</b> Exame físico	S    N	S    N	S    N	S    N	S    N
<b>8.</b> Hipótese diagnóstica	S    N	S    N	S    N	S    N	S    N
<b>9.</b> Exames solicitados	S    N	S    N	S    N	S    N	S    N
<b>10.</b> Prescrição	S    N	S    N	S    N	S    N	S    N



## **APÊNDICE H – Roteiro das entrevistas com os diretores**

### **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO QUANTO À GARANTIA DOS DIREITOS E ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS, CONDIÇÕES OFERECIDAS E MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, NAS EMERGÊNCIAS DO RECIFE.**

#### **ENTREVISTAS COM OS DIRETORES DOS HOSPITAIS**

##### **ROTEIRO DA ENTREVISTA**

##### **Contribuição dos trabalhadores para qualificação do atendimento de urgência.**

Dedicação ao trabalho.

Formação adequada.

Experiência em urgência.

##### **Avaliação que os diretores têm sobre a satisfação dos usuários com a qualidade da assistência.**

Como avaliam o hospital.

O que é melhor avaliado.

##### **Condições de trabalho para qualificação.**

O hospital oferece condições adequadas para o bom atendimento.

Necessidades, em termos das condições de trabalho, para melhoria da qualidade da assistência de urgência.

##### **Existência de uma política de qualificação para o atendimento de urgência.**

Qual proposta desenvolvida no hospital.

Apoio político da Secretaria Estadual para o seu desenvolvimento.

##### **Proposta de qualificação do atendimento de urgência da Secretaria Estadual ou Ministério da Saúde.**

Se existiu.

A opinião sobre esta(s) política(s).

##### **Pontos básicos de uma política de melhoria da qualidade da assistência.**

Conteúdo.

##### **Condições da equipe gerencial para o desenvolvimento de uma proposta.**

Capacitação.

Experiência.

Disponibilidade.