

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Luciana Santos Dubeux**

**A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM  
HOSPITAIS DE REFERÊNCIA REGIONAL DE PERNAMBUCO: Uma Avaliação  
sobre a Vertente do Acesso aos Serviços de Saúde**

**Recife  
2012**

LUCIANA SANTOS DUBEUX

**A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM  
HOSPITAIS DE REFERÊNCIA REGIONAL DE PERNAMBUCO: Uma Avaliação  
sobre a Vertente do Acesso aos Serviços de Saúde**

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

**Orientador:** Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho

**Recife**

**2012**

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

---

D814r Dubeux, Luciana Santos.

A regionalização da assistência às urgências e emergências em hospitais de referência regional de Pernambuco: uma avaliação sobre a Vertente do Acesso aos Serviços de Saúde / Luciana Santos Dubeux. - Recife: L. S. Dubeux, 2012.  
110 p.: ilus., tab.

Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho.

1. Regionalização. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Serviço Hospitalar de Emergência. 1. Carvalho, Eduardo Maia Freese de. I. Título.

CDU 614.39

---

LUCIANA SANTOS DUBEUX

**A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIA EM  
HOSPITAIS DE REFERÊNCIA REGIONAL DE PERNAMBUCO: Uma Avaliação  
sobre a Vertente do Acesso aos Serviços de Saúde**

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

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Eronildo Clébio Felisberto da Silva  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira/IMIP

---

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli  
Departamento de Medicina Social/UFPE

---

Prof. Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eduarda Ângela Pessoa Ceese  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

## AGRADECIMENTOS

Registrar os muitos agradecimentos informais e formais que eu fiz ou tentei fazer ao longo de todo o meu processo de formação não está me parecendo tão simples ao final de mais esta etapa. Talvez por ser complicado e complexo demasiadamente para mim o distanciamento entre as instituições e as pessoas envolvidas neste processo, talvez pelo receio de privilegiar uns em detrimento de outros. O meu envolvimento com os colegas que se tornaram amigos e mestres, ou mestres que se tornaram amigos, parceiros e colegas foi para mim um fortalecimento pessoal e profissional, digno da almejada consolidação de uma Rede de Saúde, ou ao menos de uma rede saudável.

Neste meu contexto pessoal/profissional com drama, comédia, amadurecimento, aprendizado e finais com mudanças positivas, as instituições que me rodearam foram protagonistas desde o início. Considerando a cronologia dos acontecimentos, digo “muito obrigada” ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, na qual fui apresentada aos pressupostos, realidades e previsões da saúde pública, por meio da Residência de Saúde da Família; e que em seguida me (re) acolheu e continua incentivando a minha atuação e qualificação profissional. Nesta instituição, o desenvolvimento de pesquisa no campo da Avaliação em Saúde foi decisivo para o meu direcionamento ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) e à realização do Mestrado em Saúde Pública. É profunda a minha gratidão e o meu agradecimento a esta casa, que vem sendo palco da minha formação acadêmica. Destaco ainda as perspectivas de amadurecimento na atuação profissional, haja vista as experiências de pesquisa e formação para mim apresentadas na imersão no Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM-Saúde/ CPqAM). Estas experiências possivelmente foram determinantes para o meu seguimento e realização do Doutorado em Saúde Pública, cujos finalmente estão se aproximando.

Não irei me ater aos nomes pessoais que permearam este processo, entretanto a realização do presente estudo me foi viabilizado devido às instituições e pessoas formadoras, que separadamente ou juntamente me conduziram ao caminho que atualmente me encontro. Também foi imprescindível para o desenvolvimento desta avaliação, a atuação dos órgãos de fomento à pesquisa, aos quais nomeio e agradeço: Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE).

Além destas, incluo o agradecimento à Secretaria Estadual de Saúde pela pronta anuência à realização do estudo e a todos os profissionais entrevistados nos hospitais regionais.

Outras instituições e pessoas fizeram parte deste percurso. Senti que pouco contemplei “os meus”. Aqueles aos quais pertenceo, mas que me pertencem. Minha família. Obrigada a aqueles de ontem; àqueles de ontem e sempre; àquele encontrado para o resto de nossas vidas e àquela recém-chegada. Sem resto de dúvidas o apoio visível ou invisível; aparentemente duro demais ou bem acalentador, quase sem querer ou com propósito certo se configurou como forças vitais para a conclusão deste estudo.

DUBEUX, Luciana Santos. **A regionalização da assistência às urgências e emergência em hospitais de referência regional de Pernambuco: uma avaliação do acesso aos serviços de saúde.** 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

---

## RESUMO

A universalidade do acesso aos serviços está diretamente relacionada à qualificação de redes de saúde, com garantia da integralidade do cuidado e adaptação ao perfil sócio-sanitário da população. Esta tese, apresentada sob o formato de coletânea de artigos, teve o objetivo de avaliar o acesso aos serviços de urgência e emergência nos hospitais de referência regional de Pernambuco. Utilizou-se como imagem-objetivo um modelo teórico que considerou a oferta de serviços de saúde, a qualidade técnica e a trajetória de contatos dos usuários até as referidas unidades como determinantes significativos do acesso aos setores de urgência e emergências hospitalares nos ambientes regionalizados, e tendo como principais casos as regiões mais carentes sócio-economicamente do estado, que são as regiões interioranas de Pernambuco. O artigo 1 caracterizou a oferta dos serviços de saúde previstos aos hospitais regionais e sua adequação ao Modelo Estadual de Regionalização da Assistência. O artigo 2 avaliou as normatizações vigentes para implantação dos setores em questão, abordando os componentes estrutura e processo, para aferir o grau de implantação dos serviços de urgência/emergência. O artigo 3 resgatou o itinerário dos usuários até o acesso às unidades regionais, apontando para os principais obstáculos percebidos neste percurso. Pôde-se observar nestes estudos a inadequação da oferta e implantação, frente ao Modelo de Regionalização Estadual e às normas estaduais e federais relativas aos cuidados necessários aos casos de urgências/emergências. Entretanto, a despeito das fragilidades observadas, a maioria dos usuários utiliza o hospital como principal serviço de saúde da região; demonstrando confiança no atendimento recebido nas unidades avaliadas. Estes resultados direcionam a necessidade de reestruturação e fortalecimento das redes de urgência e emergência com previsão de assistência nos diversos níveis de complexidade, em todas as regiões de Pernambuco e em consonância com as necessidades da comunidade.

**Palavras-chave:** Regionalização, Acesso aos Serviços de Saúde, Serviço Hospitalar de Emergência.

DUBEUX, Luciana Santos. **The regionalization of urgency and emergency care in regional referral hospitals in Pernambuco: an evaluation of the access to health care services.** 2012. Thesis (Doctorate in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

---

## ABSTRACT

The universality of access to services is directly related to the qualification of health networks, to guarantee comprehensive care and adaptation to social and health profile of the population. This thesis, presented in the format of a collection of articles, aimed to evaluate access to urgent and emergency services in regional referral hospitals of Pernambuco. Used as image-purpose a theoretical model that considered the offer of health services, the technical quality and the trajectory of users until such plants as significant determinants of access to sectors of urgency and emergency departments in regionalized environments, and having major cases like the poorest regions socio-economic status, which are the interior regions of Pernambuco. Article 1 featured the offer of health services provided to regional hospitals and their suitability for Model State Regionalization of Care. Article 2 assessed the prevailing norms for implementation of the sectors in question, addressing the structure and process components, to assess the degree of implementation of the emergency services. Article 3 rescued the itinerary of users to access to regional units, pointing to the main perceived obstacles on this route. It was observed in these studies inadequate supply and deployment, opposite the State Model Regionalization and state and federal standards relating to the care necessary in cases of urgency / emergency. However, despite the weaknesses observed, most users use the hospital as their main health service in the region, demonstrating confidence in the care received in units assessed. These results drive the need for restructuring and strengthening networks of urgent and emergency care with forecast on various levels of complexity, the completeness of the regions of Pernambuco and in line with community needs.

**Keywords:** Regional Health Planning; Health Services Accessibility; Emergency Service, Hospital



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral  
BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento  
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento  
CPqAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
GI – Grau de Implantação  
GM – Gabinete Ministerial  
GERES - Gerência Regional de Saúde  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
DATASUS – Departamento de Informática do SUS  
I – Indispensável  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
N - Necessário  
NOB/SUS – Norma Operacional Básica  
PDR – Plano Diretor de Regionalização  
PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde  
REFORSUS – Projeto de Reforço à Reorganização do SUS  
R – Recomendável  
QualiSUS - Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SM – Salário Mínimo  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCE – Traumatismo Crânio-encefálico  
USF – Unidade de Saúde da Família  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 A Regionalização da assistência à saúde no contexto de implantação do Sistema Único de Saúde: das normatizações à organização dos serviços de saúde .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Os Serviços de Urgência e Emergência Hospitalar e a Regionalização da Assistência à Saúde.....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 A Organização Regional da Assistência Hospitalar em Pernambuco: a regionalização da assistência as Urgências e Emergências.....</b>	<b>17</b>
<b>1.4 A Avaliação da Assistência às Urgências/Emergências Hospitalares em âmbito Regional .....</b>	<b>19</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>26</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>27</b>
<b>a) Caracterizar a oferta de serviços de saúde nos Hospitais Regionais de Pernambuco;</b>	<b>27</b>
<b>b) Determinar o grau de implantação das ações assistenciais de urgência e emergência nos Hospitais Regionais de Pernambuco;.....</b>	<b>27</b>
<b>c) Descrever a trajetória dos usuários nos contatos com os serviços de saúde até o setor de urgência e emergência dos Hospitais Regionais de Pernambuco; .....</b>	<b>27</b>
<b>d) Verificar as dificuldades/obstáculos dos usuários para a assistência às urgências e emergências nos Hospitais Regionais de Pernambuco. ....</b>	<b>27</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>28</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>5.1 ARTIGO 1 - Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS.....</b>	<b>31</b>
<b>5.2 ARTIGO 2 - Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste Brasileiro. ....</b>	<b>42</b>
<b>5.3 ARTIGO 3 - Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para a qualificação do planejamento e da oferta dos serviços. ....</b>	<b>54</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>80</b>

<b>APÊNDICE A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES (CEP/CPQAM).....</b>	<b>83</b>
<b>APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, UTILIZADO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA COM OS GESTORES DOS HOSPITAIS REGIONAIS DE PERNAMBUCO.....</b>	<b>84</b>
<b>APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, UTILIZADO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA COM OS MÉDICOS E ENFERMEIROS DOS HOSPITAIS REGIONAIS DE PERNAMBUCO.....</b>	<b>85</b>
<b>APENDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, UTILIZADO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DOS HOSPITAIS REGIONAIS DE PERNAMBUCO.....</b>	<b>86</b>
<b>APENDICE E - INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA COM DIRETORES E MÉDICOS DOS HOSPITAIS REGIONAIS DE PERNAMBUCO .....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE F - INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA PARA IDENTIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NOS HOSPITAIS REGIONAIS DE PERNAMBUCO.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE G - ACESSO À ASSISTÊNCIA ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NOS HOSPITAIS REGIONAIS DE PERNAMBUCO.....</b>	<b>100</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 A Regionalização da assistência à saúde no contexto de implantação do Sistema Único de Saúde: das normatizações à organização dos serviços de saúde**

No decorrer dos anos 1980 o cenário de redemocratização do país, está refletido na elaboração e promulgação da Constituição Federal de 1988 e na viabilização dos projetos de reforma das políticas de proteção social brasileiras. Entre estas, estão particularmente as diretrizes da educação, saúde, previdência e proteção social. Neste contexto, há garantia constitucional do direito à saúde, passando a ser o Estado o provedor das ações e serviços de saúde universais. Estes, considerados de relevância pública pela Carta Magna Brasileira integram uma Rede Regionalizada e Hierarquizada, que será implantada em acordo com diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Como subvenção legal para efetivação das referidas diretrizes, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) composto por “[...] órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” e pautado por princípios como a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, além de organização da Rede de Serviços de Saúde compatível com as estratégias de regionalização e hierarquização (BRASIL, 1990).

Sobre estes aparatos normativos, Mattos (2007) aponta que tais estratégias estão estreitamente relacionadas entre si e ainda necessariamente vinculadas a um determinado território. As ações e serviços organizados por níveis de atenção (hierarquização) serão distribuídas de modo a permitir o acesso e dar respostas às necessidades e demandas de saúde de uma determinada população e em um contexto específico, ou seja, em um dado território (regionalização). Em complemento, Viana, Lima e Ferreira (2010) compreendem que a regionalização deverá ter um caráter político, pois, para além da conformação de serviços loco-regionais, deverá legitimar a distribuição de poder, contemplando ainda estreitas relações entre os atores envolvidos (governos, instituições sociais e cidadãos).

Frente ao desafio de consolidação deste Sistema de Saúde inclusivo, após a Lei Orgânica seguiram-se publicações sucessivas de instrumentos normativos (NOB-SUS/91, NOB-SUS/93

e NOB-SUS/96), cujas edições buscaram aprimorar os meios legais para viabilizar a institucionalização do SUS e seus princípios (BRASIL, 2001a). No entanto, cabe ressaltar que a despeito dessas normas, no cenário de Reforma das Políticas de Proteção Social, a descentralização da assistência à saúde acompanha a descentralização das políticas sociais (ARRETCHE, 1999). Sobressaiu-se a desconcentração, da União para os municípios, de recursos financeiros e da prerrogativa de administração da atenção ambulatorial e hospitalar, num processo que secundarizou o papel da gestão estadual (HEIMANN; CORTIZO; CASTRO et al., 2000).

Em decorrência, observou-se uma forte característica municipalista no SUS conduzindo à atomização de sistemas municipais de saúde, na compreensão de Lucchese (1996), ou municipalização autárquica na concepção de Mendes (1998). Neste contexto, a publicação da Norma Operacional de Assistência a Saúde em 2001 (NOAS-SUS 01/01) partiu do pressuposto que a descentralização, que já vinha em curso, valorizava a dimensão político-administrativa, embora não enfatizasse, de forma suficiente, a formação de redes assistenciais funcionais e resolutivas, que poderiam extrapolar os limites territoriais dos municípios e estados. A partir da NOAS-SUS 01/01 retomou-se a regionalização e a hierarquização como diretrizes organizativas do SUS (BRASIL, 2001b).

Neste percurso, em 2006, ainda considerando as competências concorrentes e os mecanismos frágeis de cooperação e coordenação que levam à fragmentação do sistema, somados a extrema desigualdade social e heterogeneidade territorial, em um movimento contínuo de aprimoramento do SUS, é instituído o Pacto pela Saúde 2006, a ser revisado anualmente. Este se constitui em um pacto firmado entre as três instâncias gestoras para a atenção à saúde, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social e qualifica o acesso da população a atenção integral à saúde, redefinindo os instrumentos de regulação, programação, avaliação, entre outros (BRASIL, 2006a).

Normativamente, tais instrumentos subsidiaram o processo de resignificação do papel da esfera estadual no planejamento, gestão e avaliação das relações intermunicipais e dos espaços regionais de saúde, ampliando a produção e a produtividade das ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, frente à diversidade regional existente no país,

observa-se que concomitantemente a organização de sistemas de atenção básica em nível municipal, cabe a instalação de sistemas macrorregionais e microrregionais de saúde, que em conjunto com a atenção básica formam a rede de assistência para atenção integral à saúde da população. Tais sistemas se fazem pela organização de serviços de saúde com aproximação compatível aos usuários e com a produção em escala, particularmente as ações e serviços de maior densidade tecnológica. Enquanto os sistemas microrregionais de saúde devem ofertar ações e serviços da atenção básica e de atenção especializada de média complexidade; os sistemas macrorregionais devem garantir a oferta de assistência especializada de alta complexidade (MATO GROSSO, 2002).

Esta oferta de serviços de saúde deverá estar adequada às características epidemiológicas e demográficas da população. Para isso, deve-se respeitar a quantidade necessária de estabelecimentos de saúde (critério quantitativo) bem como a sua capacidade de resolver os problemas de saúde (critérios qualitativos). Além disso, a definição de áreas e grupos prioritários, desde a atenção básica até a assistência hospitalar se destaca como um dos pressupostos para estruturar a atenção à saúde de populações específicas (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1995).

Quanto à organização da assistência hospitalar, destaca-se que se por um lado a organização dos serviços de atenção básica estrutura-se nos fundamentos da municipalização, pois seu sujeito é coletivo, seu instrumento básico é a epidemiologia e sua oferta deve ser municipalizada; por outro lado, a atenção de média e a de alta complexidade, que necessitam de recursos tecnológicos mais densos e de custos elevados, deve ser relativamente centralizada, já que seu sujeito maior é o indivíduo, seu instrumento básico é a clínica e sua oferta poderá não estar obrigatoriamente conformada no ambiente municipal (MENDES, 1998).

Na prática dos sistemas de saúde, Castelar, Mordele e Grabois (1995) afirmam que a distribuição dos hospitais tende a obedecer ao desenvolvimento econômico do município ou região, desrespeitando critérios de ordem demográfica, econômica ou epidemiológica. Persiste a centralização de hospitais de maior complexidade tecnológica nas regiões mais ricas, mais urbanizadas e nos centros políticos, ocorrendo tal disparidade mesmo nas capitais, onde a periferia tem menos serviços de atenção hospitalar. Mendes (1998) complementa que o aumento da equidade dentro dos estados e de suas microrregiões poderá levar a resultados

socialmente mais justos, pois organizando o espaço microrregional e expandindo a atenção médica com articulação macrorregional garante-se a eficácia e eficiência dos serviços. Entretanto, a busca pela municipalização está levando à construção de unidades hospitalares pequenas que não têm como ofertar serviços de qualidade. Hipótese desenvolvida pelo referido autor é que grande número de internações desses hospitais seja apenas tempo de espera para um hospital regional resolutivo, provavelmente existindo autorizações de internações hospitalares expectantes e desnecessárias, se considerado o emprego de recursos que este ato representa.

Diante do quadro posto urge a necessidade de organizar redes de assistência hospitalar em âmbito regional. Essas unidades poderão contribuir para ampliar o acesso das populações que circulam em torno das aglomerações urbanas fora das regiões metropolitanas, pois permitiriam trabalhar com economia de escala, fixar mão de obra especializada, sendo assim favoráveis ao desenvolvimento de sistemas de saúde resolutivos, eficientes, eqüitativos e regionalizados (CARVALHO; CESSE; MACHADO, 2004).

## **1.2 Os Serviços de Urgência e Emergência Hospitalar e a Regionalização da Assistência à Saúde**

A ampla dimensão geográfica e a heterogeneidade social e econômica brasileira refletem em um dos maiores perfis de desigualdade social do mundo. A situação de saúde expressa a superposição de enfermidades crônicas e degenerativas à persistência das doenças típicas do subdesenvolvimento. Nesse contexto, as necessidades e demandas por um sistema de saúde diversificado e especializado pressionam a qualificação de serviços de alta tecnologia, como é o caso dos hospitais. Essas unidades, alvos de intenso debate, requerem a disposição em uma rede assistencial, quer seja devido o tipo de serviços ofertados (média e alta complexidade), quer seja o alto custo envolvido.

A rede hospitalar brasileira é ampla, porém com graus de incorporação tecnológica e complexidades hospitalares diversificados e concentrados nas cidades de médio e grande porte, com destaque para as regiões metropolitanas, sendo claro o desequilíbrio regional. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), entre 2003 e 2006, o número de hospitais e leitos hospitalares totais cresceu respectivamente em 19% e 10%. No entanto, os leitos públicos destinados ao SUS tiveram um decréscimo em torno de 4%, pois

apesar dos leitos públicos terem crescido em 2% os leitos conveniados/contratados reduziram em 6%. Houve também crescimento da Rede Hospitalar na região sudeste (37%) e de 14% na região nordeste. Quanto ao financiamento, houve crescimento percentual de 36,6% entre 2003 e 2006 (BRASIL, 2006b).

Considerando a problemática da atenção hospitalar, a conformação de diretrizes claras sobre a função do hospital e sua inserção na complexidade do Sistema Único de Saúde foi discutida pela instância federal. Entre as abordagens e funções do hospital, encontram-se: cuidados essenciais (intra-hospitalar, ambulatório, hospital-dia, ações de emergência e eletivas, reabilitação), apoio ao sistema de serviços de saúde (referência, liderança profissional, base para atividades de alcance comunitário), pesquisa (básica, clínica, tecnológica, educacional), social (legitimidade do estado), símbolo político (provedor de assistência social, poder médico, orgulho da comunidade), emprego (profissional dentro do hospital e provedores fora), formação de redes assistenciais logo-regionais, com responsabilização integral e continuação do cuidado, sendo esta última característica destacada adiante (BRASIL, 2006b).

O atendimento às urgências/emergências corresponde um importante componente da conformação da assistência à saúde. Os recentes processos de transição demográfica e epidemiológica, com o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas e degenerativas, do crescimento da violência urbana (com elevados níveis de óbitos por homicídio) e o incremento acentuado de acidentes em rodovias estaduais e federais; configuram a assistência hospitalar regionalizada como primeira referência para causas externas e agravos agudos e eventos decorrentes de doenças crônicas. Sobretudo as enfermidades como o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio, por exemplo, possuem amplas possibilidades terapêuticas, desde que atendidos imediatamente (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

Em 2003, o Ministério da Saúde apontou que a assistência às urgências/emergência no Brasil possuía um quadro de necessidades sociais maiores que o conjunto de ações programáticas até o momento implantadas na área, pois se caracterizava pela permanente tensão com a sociedade. Entre as possíveis explicações para esse fato destacou-se que o capítulo das urgências/emergências apresentava uma das maiores deficiências na descentralização, hierarquização e financiamento. A combinação desses fatores contribuiu ainda para delinear um perfil assistencial negativo aos olhos da população, fundamentada a partir de vivências e



opiniões expressivas de sofrimento e insegurança em relação à efetividade dos serviços (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, as redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento às urgências e emergências seriam a imagem-objetivo para auxiliar a resolução de tais problemas. Em tese esta organização permite articular melhor os serviços com uma melhora na organização da assistência; além de definir fluxos e referências resolutivas, promovendo a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade na atenção prestada. Recomenda-se a estruturação de sistemas estaduais de urgência e emergência desde a rede pré-hospitalar até a rede hospitalar de alta complexidade (BRASIL, 2002). Para isso, pressupõe-se a leitura das necessidades sociais locais, a fim de serem identificados déficits assistenciais, desigualdades e iniquidades nos diferentes territórios do País, estabelecendo-se, as bases que orientem a elaboração dos planos de atenção às urgências estaduais ou municipais (BRASIL, 2003).

Pesquisa realizada em 2003, pelo Ministério da Saúde, revelou que as filas nas emergências dos hospitais, o longo tempo de espera para a realização de exames e cirurgias e a incapacidade das unidades de saúde de acolherem os pacientes eram queixas frequentes entre os usuários do SUS. Os resultados da pesquisa serviram de parâmetro para a elaboração do Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (QualiSUS), um conjunto de mudanças nos serviços de urgência e emergência do país para proporcionar maior conforto ao usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital (BRASIL, 2007).

Assim, as iniciativas públicas federais para estruturação de Sistemas Regionalizados de Urgência e Emergência são marcadas pela implantação de programas para qualificação dos aspectos estruturais e dos processos de trabalho, destacando-se o Sistema Estadual de Urgência e Emergência em 2002 (BRASIL, 2002), o Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (QualiSUS) (BRASIL, 2007), instituído em 2004, a organização de Redes loco-regionais de Atenção Integral às Urgências regulamentada em 2008 (BRASIL, 2008), sendo esta última reformulada com a instituição da Rede de Atenção às Urgências do SUS em 2011. Em conjunto, tais estratégias buscam a incorporação de avanços terapêuticos, tecnológicos e gerenciais específicos, que viabilizem o acesso aos serviços de urgência/emergência hospitalar com garantia de acolhimento, da primeira atenção

qualificada e resolutiva, da estabilização das funções vitais e da referência adequada dos pacientes graves.

### **1.3 A Organização Regional da Assistência Hospitalar em Pernambuco: a regionalização da assistência as Urgências e Emergências**

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Pernambuco, o estado possui uma das maiores redes públicas de saúde do Brasil, tendo uma distribuição de serviços de saúde de modo concentrado na Região Metropolitana do Recife, contribuindo assim para uma maior dificuldade no acesso da população ao sistema público de saúde. Qualitativamente, a rede básica é ainda ineficiente; a rede ambulatorial é composta por unidades de saúde, na sua maioria, com baixo poder resolutivo, concentrando o atendimento da média complexidade nas sedes das regionais de saúde. Quanto aos hospitais municipais e regionais esses são pouco resolutivos e agregam pouca tecnologia, destacando-se que das onze regionais de saúde do estado, apenas três oferecem serviços de alta complexidade (Recife, Caruaru e Petrolina) (PERNAMBUCO, 2001).

Apesar da concentração de equipamentos de saúde na região metropolitana, o Plano Diretor preconiza que em cada regional de saúde seja garantido o acesso aos serviços não disponíveis no município, mediante a disposição de estabelecimentos de referência para média e alta complexidade, nos hospitais regionais e naqueles de referência macrorregional. Para tanto, definiu-se a assistência à saúde em três macrorregiões e onze microrregiões (gerências regionais de saúde – GERES). Cada GERES é constituída por um município sede, um conjunto de municípios geralmente vizinhos a sede, constituindo assim um módulo assistencial de forma que a população dos 184 municípios de Pernambuco tenha acesso à assistência em todas as esferas de complexidade (Figura 1).

**Figura 1** – Distribuição espacial das Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2007.

A assistência hospitalar em Pernambuco acompanha os preceitos do PDR, respeitando a abrangência de cada regional de saúde do estado. A Secretaria Estadual de Pernambuco conceitua os hospitais regionais como unidades de maior complexidade do sistema de saúde na região, se propondo a atender às situações de urgência e emergência de maior gravidade e assistir aos grupos de risco (gestante de alto risco). Deverá disponibilizar leitos para doenças crônicas, garantir o acesso da população a serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e ações especializadas relevantes para assegurar atendimento adequado e de qualidade aos problemas de saúde mais frequentes da população, além de serviços de radiologia, ultra-sonografia obstétrica, atendimento psicoterápico, fisioterapia e cirurgias ambulatoriais e ginecológicas (PERNAMBUCO, 1998).

Estes hospitais estão dispostos nas sede das Regionais de Saúde, estando as II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X e XI GERES contempladas com um hospital cada, distribuídos nas mesorregiões de Pernambuco, exceto a Região Metropolitana, que concentra uma ampla rede assistencial de referência estadual, localizada na capital do estado. No interior, enquanto as mesorregiões da Mata (nos municípios de Limoeiro e Palmares) e do Agreste (em Caruaru e Garanhuns) possuem dois hospitais cada; o Sertão apresenta seis hospitais regionais conformados nos municípios de Arcoverde, Afogados de Ingazeira, Salgueiro, Serra Talhada, Ouricuri e Petrolina.

## 1.4 A Avaliação da Assistência às Urgências/Emergências Hospitalares em âmbito Regional

As estratégias político-normativas e de gestão historicamente observadas para o avanço do acesso universal ao Sistema de Saúde Brasileiro expõem a necessidade de avaliação do modelo de regionalização da assistência hospitalar às urgências/emergências, mormente se considerado o caráter prioritário deste setor para a manutenção da vida. Desta forma, o papel da avaliação de programas e sistemas de saúde representa ferramenta para a propulsão de mudanças, conforme afirmação de Contandriopoulos (1986):

A análise da dinâmica do sistema de saúde e das características específicas dos serviços de saúde vão nos levar a definir as características que são comuns a todos os sistemas de saúde, ou seja, as 'rigidezes incontornáveis' que constituem o esqueleto da organização de todos os sistemas de saúde, assim como os elementos que levam ao crescimento desses sistemas e os que permitem controlá-lo.

Consolidando os próprios conceitos e frente ao desenvolvimento dos sistemas de saúde, Champagne et al. (2009) conceituam avaliação como:

Um julgamento de valor sobre uma intervenção considerando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, fazendo com que os diferentes atores envolvidos, onde os campos de julgamento são às vezes diferentes, estejam aptos à tomada de decisão sobre a intervenção para que possam construir, individualmente ou coletivamente, um julgamento susceptível de se traduzir em ações.

Com base neste referencial, a regionalização da assistência às urgências/emergências representa a intervenção em foco no presente estudo. Esta intervenção, como anteriormente exposto, apresenta-se em fase desenvolvimento no SUS, sendo evidenciada nas estratégias para a sua consolidação, a busca pelo atendimento integral, com ampliação do acesso da população aos serviços de urgência e emergência nos três níveis de complexidade assistencial.

No tocante à avaliação da assistência às urgências e emergências, Gusmão-Filho (2008) realizou uma análise de implantação do Qualisus em três hospitais gerais de Recife, e verificou que, sobretudo diante das dimensões **garantia da continuidade dos cuidados e aprimoramento e democratização dos processos de gestão**, os hospitais se classificaram como incipiente. Já Mendes et al. (2009) abordaram três unidades hospitalares de Recife, mas direcionaram a avaliação sob o foco da satisfação dos usuários, identificando um percentual

de 77% de satisfação com o atendimento prestado. O estudo evidenciou, no entanto, que a maioria dos usuários abordados apresenta maior satisfação com o atendimento prestado pelos profissionais, se comparado às condições estruturais oferecidas pelo serviço.

Reconhece-se, assim, pertinente a avaliação do acesso, enquanto dimensão de estudo neste referido contexto. Cabe, entretanto, ponderar teoricamente as nuances relacionadas ao termo acesso. Aday e Anderson (apud Penschansky; Thomas, 1981) apontam que o acesso é mais uma concepção política do que um conceito operacionalizado, pois seu consenso e precisão teórica são demasiadamente incipientes. Neste estado da arte, as definições de acesso e seus respectivos modelos de análise são múltiplos e imbricados aos aspectos relativos à qualidade, uso/utilização, disponibilidade (cobertura), oferta de serviços de saúde, distribuição de recursos, características organizacionais, características dos profissionais, dos usuários, entre outros.

A leitura dos referidos modelos permite observar a agregação de complexidade coerente ao decorrer dos processos de reforma dos sistemas de saúde (ANDERSEN, 1995), bem como à natureza dos objetos de estudo e à ênfase que os autores agregam ao acesso na análise de sistemas de saúde. Por outro lado, a despeito desta diversidade, a utilização de serviços de saúde é posta como um dos objetivos finalísticos alcançados com a efetivação do acesso aos serviços de saúde, sendo necessária a distinção entre os referidos termos.

Primordialmente, faz fundamental destacar que as expressões acesso (ingresso, entrada, trânsito, chegada, aproximação ou alcance de coisa elevada longínqua) e acessibilidade - qualidade ou caráter de ser acessível, facilidade na aproximação, no trato ou na obtenção (FERREIRA, 1999) são adotadas a depender dos autores. Desta forma, a utilização, enquanto o contato direto do usuário com o serviço, representa o resultado do percurso percorrido pelo indivíduo para o atendimento ambulatorial ou hospitalar, sendo assim consequência do acesso. Entretanto, a utilização pode ser influenciada pelo acesso garantido à população, mas não apenas por este (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Os determinantes da utilização estão ainda relacionados à interação do binômio usuário e atores institucionais desenvolvida em um contexto social e institucional, que se traduzem: nas **necessidades da população** (morbidades); nas características demográficas, sócio-econômicas dos usuários; na **atuação profissional**, cujas características sócio-demográficas, a

habilidade, formação, satisfação e remuneração podem influenciar o uso; na **organização dos serviços** (distribuição geográfica e oferta de procedimentos e serviços); bem como na **política de saúde**, representada pelos tipos de gestão, legislação, distribuição de recursos, e regulação do sistema (PINEAULT; DAVELUY, 1986).

Quanto ao acesso, Penshasky, Thomas (1981) abordam esta dimensão como a caracterização dos fatores que influenciam a entrada dos usuários nos serviços de saúde, e por consequência, a sua utilização. Desta forma, é tratado como o grau de adequação entre os usuários e os serviços de saúde, sendo representado pelas seguintes dimensões: **disponibilidade** (relação entre a distribuição de recursos/serviços e o volume de usuários); **acessibilidade geográfica**; **acomodação** (organização dos serviços para a prestação do cuidado); **custos acessíveis** (adequação entre o preço dos serviços e o poder de compra; acesso aos seguros de saúde); **aceitabilidade** (da população frente ao atendimento; bem como a atitude profissional na aceitação ou rejeição de usuários). Simon *et al.* (1979) acrescenta o fator tempo e esforço do usuário para ser atendido, como determinantes para grau de acessibilidade aos serviços de saúde (PENSHASKY; THOMAS, 1981).

O pesquisador americano Ronald Andersen desenvolveu um Modelo para Avaliação do Acesso aos Serviços de Saúde - *Behavioral Model*. Esta proposta foi publicada ao final da década de 1960 (fase 1), revisada nos anos de 1970 (fase 2) e, por fim, revisitada e publicada em 1995 (fase 3). Tais reformulações, advindas das críticas ao seu desenho, e em acordo com as reformas políticas nos Sistemas de Saúde permitiram a incorporação de componentes fundamentais para a compreensão dos determinantes da utilização dos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

Fatores individuais predisponentes, conforme aponta Andersen (1995), fatores contextuais e relativos à qualidade influenciam o uso e a efetividade do cuidado. Destaca-se ainda a continuidade do mesmo, que da mesma forma, depende de situações distintas daquelas que definem a entrada no sistema, o que indica a importância de que seja analisada em suas particularidades.

Na fase 1 Andersen (1995) aponta que o uso dos serviços de saúde está em função de:

- a) Características predisponentes representadas por **aspectos demográficos**, (como idade e gênero); pela **estrutura social**, refletida, entre outros aspectos, na habilidade para

- lidar com os próprios problemas de saúde e nas condições de moradia; pelos **conhecimentos, atitudes e valores do usuário sobre sua própria saúde**, bem como pelos fatores genéticos e características psicológicas;
- b) Recursos Capacitantes (individuais e comunitários), que incluem desde a oferta de ações de saúde regulares, a distância percorrida e o tempo de espera para atendimento até o acesso e uso de seguros de saúde. Além destes, incluíram-se posteriormente os **fatores organizacionais**, que, conforme o autor são caracterizados pelos conhecimentos sobre as ações de cuidado nos serviços de saúde;
- c) Necessidades de atenção à saúde, percebidas pelo usuário e posteriormente julgadas e direcionadas pelo profissional de saúde.

Na fase 2 o Modelo é ampliado, sob uma perspectiva política analisando o uso de serviços inserido em um contexto organizacional. Sendo assim, assumiu-se a proposta subdividida em características populacionais, - abordando as características predisponentes, recursos capacitantes e necessidades - e características do Sistema de Saúde (políticas de saúde), avançando com as dimensões de avaliação, e trazendo ênfase para os fatores organizacionais (tipo de serviço de saúde ofertado, recursos e procedimentos ofertados) e a sua influência para o uso e satisfação do usuário (ANDERSEN, 1995).

Já na Fase 3, Andersen (1995) avança com a avaliação do acesso, reforçando a complementaridade entre a perspectiva dos usuários e a dos profissionais de saúde e suas práticas. Aborda, ainda, o contexto macropolítico (político-econômico), como agentes influentes na utilização dos serviços de saúde, assim como inclui como dimensão as consequências ou resultados (*outcomes*) do uso.

Hortale, Pedroza e Rosa (2000), operacionalizam as categorias acesso e descentralização, como componentes explicativos do Modelo de Análise dos Sistemas de Saúde. Neste desenho, os autores partem do pressuposto que nos sistemas complexos a descentralização político-administrativa e com transferência financeira, representa a **dimensão política** capaz de promover a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde - **dimensão social**. O acesso é tomado como uma referência (categoria-valor) a ser alcançada nos serviços de saúde, independente dos fatores que possam interagir para a sua não efetivação. Já a descentralização representa uma condição para melhoria da gestão da atenção à saúde, influenciando aspectos fundamentais para a implantação do SUS, como: equidade, adequação aos problemas loco-

regionais, participação social, sustentabilidade, bem como ampliação do acesso e da qualidade nos serviços de saúde. Considerando tal pressuposto, o modelo toma como dimensões de avaliação duas instâncias: central/local e a população/usuários, a serem abordadas em três subsistemas de ação: decisão, produção e informação.

Para o acesso, cabe ao subsistema decisão, ações de planejamento, gestão, regulação e alocação de recursos (instância central/local); bem como a atuação do controle social pela instância população. Diante da tomada de decisão, ao subsistema de produção é atribuído ao nível central/local o encargo de garantir coerência dos serviços com as necessidades da população; qualidade e equidade (acessibilidade regional, financeira e organizacional), com vistas ao efetivo uso dos serviços pelos usuários. Subsidiando os referidos subsistemas, a informação é desenhada para o processamento/análise de dados, prestação de contas pelos serviços pelas esferas centrais e locais, bem como liberdade de escolhas e informações sobre o tratamento pela população. Por conseguinte poderão ser observados aspectos como legitimidade e confiança dos usuários perante aos serviços; bem como aos fatores sócio-culturais da comunidade e à atitude profissional, que possam influenciar a utilização do sistema de saúde e os resultados na saúde da população (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000).

Já Frenk (1985) reconhece o acesso como a relação entre o conjunto de obstáculos (ecológicos, financeiros e organizacionais) na busca da atenção à saúde e a capacidade da população para superá-los (poder de utilização, ou seja, poder de tempo e transporte, financeiro, e de lidar com a organização). Compreende-se que a trajetória dos usuários nos contatos com os serviços de saúde e estes possíveis obstáculos até a entrada no hospital sejam preponderantes para a garantia do referido atributo. Segundo este autor o conceito de acessibilidade está vinculado à relação entre as características da oferta e da população.

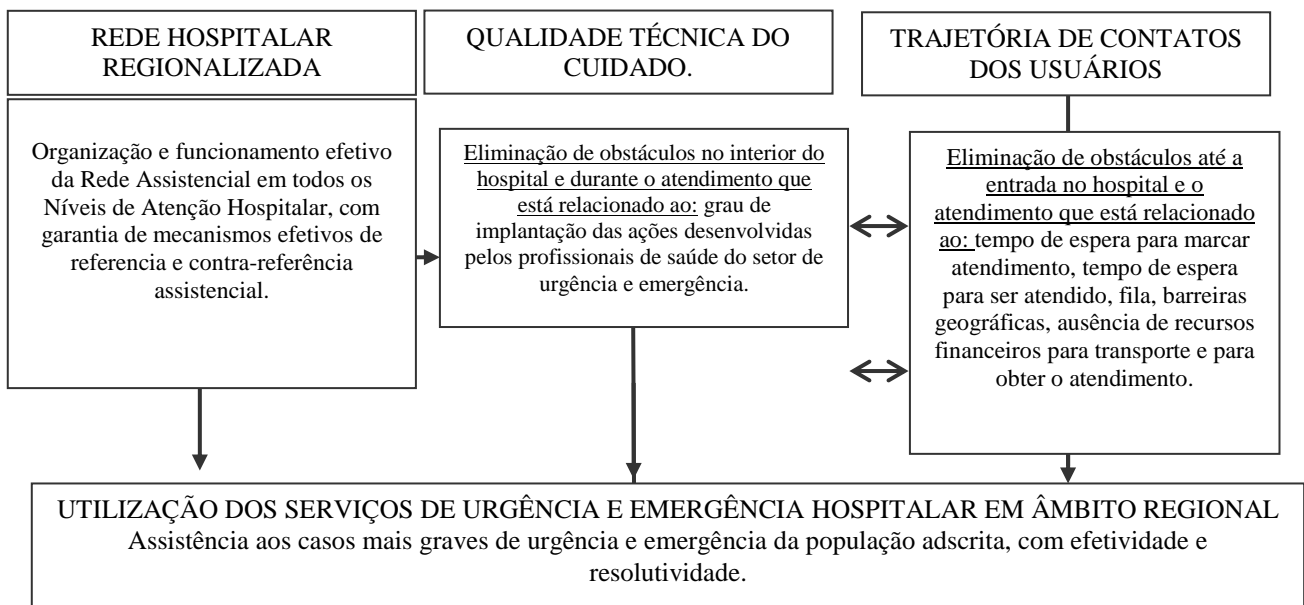
Considerando a natureza do presente estudo e os diversos modelos de avaliação consolidados e apresentados na literatura, a avaliação do acesso à Rede de Saúde Regionalizada de Urgência e Emergência em Pernambuco ocorrerá com base na **caracterização da oferta de serviços de saúde** dos hospitais regionais e na avaliação da **qualidade técnico-científica do cuidado** aos casos de urgência e emergência hospitalar da **trajetória de contatos dos usuários aos referidos serviços de saúde**.



Considera-se que estas três categorias estejam relacionadas e embutidas no referencial teórico-conceitual vinculado ao acesso aos serviços de saúde, sendo igualmente fundamentais para o alcance de um dos objetivos primordiais dos hospitais regionais, que é *atender aos casos mais graves de urgência/emergência da população adscrita, com efetividade e resolutividade*.

Tais dimensões compõem o Modelo Teórico da Avaliação (Figura 02) relativo à assistência às urgências/emergências utilizados nesse estudo. Sendo assim, serão identificados a seguir os conceitos e referenciais a serem utilizados.

**Figura 02** – Modelo Teórico da Avaliação da Assistência às Urgências e Emergências nos Hospitais Regionais de Pernambuco.



Fonte: Elaboração da autora.

A **caracterização da oferta na rede assistencial de urgência e emergência hospitalar** poderá explicar, a partir de possíveis deficiências estruturais, organizacionais, as fragilidades ou potencialidades do acesso, da qualidade técnica e da assistência prestada no hospital.

A **qualidade técnica do cuidado de saúde**, segundo Vuori (1991), é a aplicação apropriada do conhecimento médico disponível, bem como da tecnologia, no cuidado com o paciente. No entanto, destaca a importância dos atores interessados na avaliação, pois em função de cada perspectiva (gestores, profissionais de saúde ou usuários) as dimensões e critérios para definição da qualidade serão distintamente definidos. Neste ínterim, este autor reflete que

enquanto os gestores estão relacionados com os resultados, traduzidos na efetividade, eficácia e eficiência alcançada; os profissionais de saúde poderão almejar um elevado padrão de qualidade técnico-científica, conduzindo ao incremento de custos aos serviços de saúde; e os usuários, por sua vez, supostamente terão expectativas ainda no acesso e na aceitação.

Para Donabedian (1992), essa avaliação está voltada para a análise do processo, pois engloba as atividades ou os procedimentos empregados pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em resultados. Conforme afirma Pereira (1995) este tipo de análise está direcionado a identificar os procedimentos necessários para o manejo dos casos atendidos e verificar se eles realmente foram aplicados apropriadamente. Nessa pesquisa este atributo será avaliado pelo grau de implantação do setor, descortinando os obstáculos existentes na estrutura e no processo de trabalho no interior do hospital, conforme a perspectiva dos profissionais.

Por fim, a avaliação do acesso será também contemplada pela abordagem aos usuários, compreendendo que a **trajetória da população nos contatos com os serviços de saúde** e estes possíveis obstáculos até a entrada no hospital sejam preponderantes para a garantia do referido atributo.

## 2 JUSTIFICATIVA

Frente às reflexões anteriormente expostas, o presente estudo justifica-se devido à:

- a) A histórica demanda por uma reestruturação da rede assistencial de urgência e emergência hospitalar;
- b) A implantação de diversos programas de qualificação da rede assistencial de urgências/emergências regionalizadas;
- c) Possibilidade de promoção da reorganização das práticas assistenciais às urgências/emergências no sistema estadual de saúde;
- d) Necessidade de avaliação dos avanços nos modelos de regionalização em curso no país, sendo a produção de conhecimento científico sobre o tema, ainda incipiente.

Diante disto destaca-se ainda que o presente estudo pretendeu proporcionar um conhecimento científico sobre o Sistema Único de Saúde, uma vez que se propõe a responder às seguintes questões:

- a) Como está caracterizada a oferta de serviços de saúde nos Hospitais Regionais de Pernambuco, de acordo com os gestores das unidades em questão?
- b) Qual o grau de implantação das ações assistenciais de urgência e emergência nos Hospitais Regionais de Pernambuco, considerando a opinião dos profissionais do setor?
- c) Como está caracterizado o acesso aos hospitais, considerando a trajetória de contatos dos indivíduos com os serviços de saúde até o setor de urgência e emergência dos Hospitais Regionais de Pernambuco, sob o ponto de vista dos usuários?
- d) Quais as possíveis dificuldades ou obstáculos que os usuários do setor de urgências e emergências enfrentam até a assistência nos Hospitais Regionais de Pernambuco?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Avaliar a regionalização da assistência às urgências e emergência, sob a vertente do acesso aos hospitais de referência regional de Pernambuco.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Caracterizar a oferta de serviços de saúde nos Hospitais Regionais de Pernambuco;
- b) Determinar o grau de implantação das ações assistenciais de urgência e emergência nos Hospitais Regionais de Pernambuco;
- c) Descrever a trajetória dos usuários nos contatos com os serviços de saúde até o setor de urgência e emergência dos Hospitais Regionais de Pernambuco;
- d) Verificar as dificuldades/obstáculos dos usuários para a assistência às urgências e emergências nos Hospitais Regionais de Pernambuco.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Desenvolveu-se um estudo quantitativo de natureza avaliativa. Para tanto, adotou-se os princípios da triangulação de métodos e de informantes para a articulação interpretativa dos dados que foram coletados em fontes primárias por meio de entrevistas semi-estruturadas, contendo perguntas abertas e fechadas.

As abordagens metodológicas foram selecionadas e direcionadas a cada componente do modelo teórico anteriormente apresentado: **Rede Hospitalar Regionalizada** (com ênfase na oferta de serviços de saúde), **Qualidade Técnica do Cuidado** e **Trajectoria de Contatos dos Usuários** (itinerário). Buscou-se com tais abordagens garantir maior qualidade ao estudo (validade interna) e fomentar a utilização dos resultados e recomendações da avaliação por gestores, técnicos, pesquisadores e usuários dos serviços e sistemas de saúde.

No intuito de favorecer a ampla divulgação dos achados, os resultados estão apresentados em três artigos científicos - denominados de Artigos 1, 2 e 3 - que respondem aos objetivos propostos e compõem esta Tese no formato de coletânea de artigos. Destes, o Artigo 1 está centrado no objetivo específico 3.2.1 e foi publicado na Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil; o Artigo 2 se direciona ao objetivo 3.2.2, sendo publicado nos Cadernos de Saúde Pública. Ambos estão disponibilizados em periódicos indexados na base *Scielo*®. O Artigo 3 atende aos objetivos 3.2.3 e 2.3.4 e foi submetido à *Physis: Revista de Saúde Coletiva* (também disposta na base de dados anteriormente indicada), estando em fase de avaliação.

Os métodos utilizados estão descritos nos respectivos manuscritos. Cabe neste capítulo reforçar que o presente estudo foi parte integrante de uma pesquisa denominada “Análise da Relação da Oferta e Demanda aos Serviços de Saúde dos Hospitais Regionais de Pernambuco”, financiada pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/MS) e pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE). Esta foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (nº 43/05) em atenção à resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE A).

Os entrevistados foram convidados a participar do estudo, sendo os mesmos informados sobre as seguintes questões: os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato, da confidencialidade

e da possibilidade de desistência em qualquer momento desta avaliação. Os sujeitos que consentiram a participação foram também convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES B, C e D).

## **5 RESULTADOS**

Esta secção será composta pelos artigos científicos apresentados (Artigo 1, 2 e 3), cujos conteúdos contemplam as abordagens metodológicas utilizadas, as respostas às perguntas condutoras e aos objetivos desta Tese.

## **5.1 ARTIGO 1 - Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS.**

**Autores:** Luciana Santos Dubeux; Eduardo Maia Freese de Carvalho.

**Publicação:** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. v.9 n.4 Recife out./dez. 2009.

Este primeiro artigo teve o objetivo de identificar a oferta de serviços especializados, considerando os possíveis fatores limitantes para a efetivação deste processo nos dez hospitais dispostos nas Gerências Regionais de Saúde do interior do estado de Pernambuco (Geres II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X e XI). Sob o ponto de vista dos gestores e chefes de plantão dos hospitais, ao avaliar o conjunto dos serviços especializados buscou-se chamar atenção para possíveis fragilidades da rede assistencial em âmbito regional.

Tomou-se como referência o Modelo Estadual de Regionalização, apresentado no PDR. A partir deste instrumento foram selecionados como critérios de avaliação os serviços que devem ser ofertados na rede de hospitais de referência regional de Pernambuco: a) assistência às situações de urgência e emergência; b) assistência à gestante de alto risco; c) oferta de laboratório de análise clínica e de exames radiográficos; d) realização de cirurgias eletivas; e) disponibilidade de recursos humanos. Diante destes critérios foram verificados como principais fragilidades as questões que circundam a contratação profissional e a baixa complexidade dos serviços hospitalares ofertados à população.

Adiante está inserido o referido Artigo.



## Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS

### *A characterization of the specialized services on offer in regional referral hospitals: a contribution to the regionalization of Brazilian public health care*

Luciana Santos Dubeux<sup>1</sup>  
Eduardo Freese de Carvalho<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Prof. Moraes do Rego, s.n. Cidade Universitária, Recife, PE, Brasil. CEP: 52.041-060. E-mail: ldubeux@cpqam.fiocruz.br

#### Abstract

*Objectives:* to characterize the specialized services offered in regional hospitals according to the type of care provided and their limitations.

*Methods:* a normative evaluation was carried out in ten regional hospitals in Pernambuco, by way of interviews with directors and doctors. Questions dealt with emergency/urgent care, care for women with high-risk pregnancies, the provision of complementary tests and elective surgery, and the types of professionals and hospital beds available.

*Results:* it was observed that the hospital care offered is not in conformity with the aims of the State Health Care Regionalization Model. Emergency/urgent care mostly takes the form of clinical cases or low-complexity surgery, such as treatment for light wounds or appendectomies. Health care for pregnant women is restricted to deliveries without complications in most hospitals and there is a need to take on new staff (such as cardiologists and neurologists) in order to ensure that adequate care is provided. With regard to hospital beds, the highest ratio was 0.6 per 1.000 inhabitants at the Salgueiro Regional Hospital, with intensive care being concentrated in only three units.

*Conclusions:* limitations with regard to infrastructure and work processes impair the provision of services and the functioning of regional hospitals and consequently have an impact on the care provided at the States regional health units.

**Key words** Health evaluation, Regional health planning, Hospital care

#### Resumo

*Objetivos:* caracterizar a oferta de serviços especializados em hospitais regionais, considerando os tipos de assistência prestada e os fatores limitantes.

*Métodos:* avaliação normativa nos dez hospitais regionais de Pernambuco, mediante entrevistas com diretores e médicos. Foram abordadas questões referentes à assistência nas urgências/emergências, à atenção à gestante de alto risco, à oferta de exames complementares e de cirurgias eletivas, aos profissionais e aos tipos de leitos hospitalares.

*Resultados:* observou-se que a assistência hospitalar ofertada não está conforme o preconizado pelo Modelo Estadual de Regionalização da Assistência à Saúde. Na atenção às urgências/emergências há predomínio à assistência aos casos clínicos/cirúrgicos de baixa complexidade, como o atendimento aos ferimentos leves e cirurgias de apendicectomias. A atenção à gestante se limita aos partos sem complicações na maioria dos hospitais, havendo necessidade de contratação de recursos humanos (como cardiologistas e neurologistas) para a adequação da oferta. Quanto aos leitos, o maior coeficiente de leitos hospitalares foi de 0,6 leitos/1.000 habitantes no Hospital Regional de Salgueiro, observando-se ainda a concentração de leitos de UTI em apenas três unidades estudadas.

*Conclusões:* as limitações na estrutura e nos processos de trabalho comprometeram a oferta, a função dos hospitais regionais e conseqüentemente a assistência hospitalar nas regionais de saúde do Estado.

**Palavras-chave** Avaliação em saúde, Regionalização, Assistência hospitalar

## Introdução

A integralidade da atenção à saúde remete, entre outras estratégias, à plena implantação dos três níveis de complexidade assistencial, que poderá ser garantida por meio da conformação e inserção de redes assistenciais nos sistemas de saúde. A concretização dessa imagem-objeto pressupõe o reconhecimento da interdependência entre os atores e organizações, em face à constatação de que nenhum desses isoladamente terá capacidade suficiente para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida.<sup>1</sup> Operacionalmente, a rede assistencial deverá prever a integração de uma rede de serviços, com garantia de mecanismos de cooperação e coordenação próprios para uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, a qual responda às necessidades individuais e coletivas.<sup>1,2</sup> Nesse sentido, eliminando-se as barreiras de acesso entre os níveis de atenção, conforma-se o que Hartz e Contandriopoulos<sup>1</sup> definiram como "sistema sem muros", que se caracteriza pela concretização de sistemas de saúde em nível intermunicipal com vistas à otimização de recursos e ganhos em efetividade para o sistema de saúde.

De acordo com esse pressuposto, o espaço regional torna-se primordial para a organização, gestão e assistência de média e alta complexidade assistencial. A consolidação desse ambiente político-administrativo, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), subsidia a construção de uma base sólida para garantia ainda dos princípios de universalidade e equidade, além da descentralização na vertente da regionalização. Almeja-se, nesse sentido, a adequação da oferta de aparatos e tecnologias de saúde de acordo com as necessidades existentes nos diferentes contextos sociais, econômicos e epidemiológicos das regiões e estados do país, que resulta na melhoria dos indicadores de saúde em consequência do melhor acesso da população excluída do sistema público de saúde.<sup>3</sup> Embora a oferta de serviços de saúde não seja considerada como um dos principais determinantes da melhoria de saúde, a disposição adequada desses serviços e a garantia do acesso universal da população aos equipamentos de saúde em qualidade e cobertura se configuram como um relevante indicador de bem-estar social.<sup>4</sup>

Assim, no sistema de saúde regionalizado, a disponibilidade de equipamentos sociais mais próximos aos usuários, amplia a racionalidade dos serviços de saúde de maior densidade tecnológica como a assistência hospitalar.<sup>5</sup> Dessa forma, considerando a complexidade das tecnologias utilizadas e a necessidade de recursos humanos especializados,

as unidades hospitalares estarão organizadas para prestar assistência às principais causas de morbimortalidade, direcionando ainda os fundos de saúde municipais, estaduais e federais no sentido das necessidades de saúde da população adscrita, uma vez que esse nível assistencial representa importante parcela orçamentária do SUS.

Por outro lado, apesar dos argumentos favoráveis à implantação de sistemas descentralizados, predomina o modelo assistencial caracterizado pela centralização de hospitais de maior complexidade nas regiões mais urbanizadas e desenvolvidas. Essa desigualdade é observada mesmo nas capitais, onde a periferia é carente de serviços de atenção hospitalar.<sup>6</sup> Embora seja anseio de gestores e da própria população a disposição de hospitais nos municípios, a oferta organizada e pactuada com a efetiva participação de Secretarias Municipais de Saúde e a ação indutiva das respectivas Secretarias Estaduais terão função preponderante nas ações de programação e regulação desse nível de atenção.<sup>7</sup>

Configurada a oferta organizada, o arranjo de unidades de referência regional, subsidiará o acesso aos hospitais especializados para a população de pequenos municípios, conforme garantido constitucionalmente e normatizado na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS-01/02),<sup>8</sup> mediante as propostas de conformação de micro/macrorregiões, municípios sede de módulo e pólo assistenciais; bem como o apoio à estruturação de consórcios intermunicipais.

Em Pernambuco, o Modelo Estadual de Regionalização da Assistência à Saúde, descrito no Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco (PDR-PE),<sup>9</sup> pressupõe a oferta dos equipamentos de saúde de modo equânime em todo o seu território, que está dividido em onze Gerências Regionais de Saúde (GERES). De acordo com esse modelo, o hospital regional corresponde à unidade pública de maior complexidade assistencial, estando dispostos nas GERES localizadas no interior do Estado, cuja função é a garantia do atendimento adequado e de qualidade aos problemas de saúde mais frequentes da população adscrita. Os hospitais regionais são responsáveis pelos seguintes serviços especializados: assistência às situações de urgência e emergência de maior gravidade e aos grupos de risco (gestante de alto risco); bem como pela garantia do acesso da população aos serviços de apoio diagnóstico/terapêutico e às ações especializadas relevantes, como serviços de radiologia, ultrassonografia obstétrica, fisioterapia, cirurgias ambulatoriais e ginecológicas. Além disso, o modelo prevê a existência de leitos para doenças crônicas e a regulação dos leitos



contratados da rede conveniada ao SUS na sua área de abrangência.<sup>10</sup>

Nesse contexto, o relevante papel dos hospitais regionais para implantação do Modelo Estadual de Regionalização da Assistência à Saúde<sup>9</sup> e, portanto, para garantia da assistência integral nas diversas realidades regionais de Pernambuco, foi decisivo para o desenvolvimento da pesquisa apresentada nesse artigo, que tem como objetivo caracterizar a oferta de serviços especializados dos hospitais regionais, considerando os possíveis fatores limitantes para a efetivação deste processo.

## Métodos

Foi feita uma avaliação normativa,<sup>11</sup> mediante a realização de um estudo descritivo no universo dos Hospitais Regionais de Pernambuco, que estão localizados nas regionais de saúde (GERES) do Estado. Cada GERES é constituída por um município sede e um conjunto de municípios circunscritos, conformando um módulo assistencial, de forma que a população dos 184 municípios pernambucanos e do Distrito Estadual de Fernando de Noronha, estimada em 8.413.593 habitantes para o ano 2005,<sup>12</sup> tenha assistência à saúde garantida em todas as esferas de atenção. A assistência hospitalar é contemplada por dez unidades dispostas nos municípios de Limoeiro e Palmares (Zona da Mata), Caruaru e Garanhuns (Agreste) e Arcoverde, Salgueiro, Serra Talhada, Afogados da Ingazeira, Ouricuri e Petrolina (Sertão), que devem respeitar o Modelo de Regionalização da Assistência à Saúde do Estado.<sup>8</sup> Destaca-se que as unidades de Caruaru e Petrolina, além de referência

para a média complexidade nas respectivas GERES, apresentam-se ainda como referência macrorregional para todos os níveis de complexidade (Figura 1).

As recomendações do Modelo Estadual de Regionalização,<sup>9</sup> quanto aos serviços especializados dos hospitais regionais, foram referência para a seleção dos seguintes critérios de avaliação utilizados nessa pesquisa: a) Assistência à urgência e emergência (clínica, pediátrica, traumática e cirúrgica); b) Assistência à gestante de alto risco (pré-natal, ultrassonografia e parto de alto risco); c) Oferta de laboratório de análise clínica (próprio ou conveniado à rede privada) e de exames radiográficos (radiografia simples, radiografia com contraste, tomografia computadorizada, ressonância magnética); d) Realização de cirurgias eletivas; e) Disponibilidade de recursos humanos (médicos especialistas disponíveis, em número suficiente e em tempo integral).

O critério de avaliação "assistência à gestante de alto risco" não foi considerado para a avaliação do Hospital Regional de Caruaru (IV Geres). Apesar de integrar o conjunto dos hospitais regionais, essa unidade não presta assistência à gestante, não sendo referência regional para essa especialidade. Para suprir essa necessidade, o município possui dois hospitais públicos, um sob gestão municipal e outro sob dupla gestão (municipal e estadual), com capacidade instalada para assistência ao pré-natal, parto e puerpério, sendo as unidades de referência para esse serviço.

Os demais critérios representam os serviços essenciais à assistência hospitalar de referência regional, devendo ser obrigatoriamente ofertados nas

Figura 1

Localização dos Hospitais Regionais em Pernambuco, de acordo com a Gerência Regional de Saúde (GERES).



unidades avaliadas. Nesse sentido, a oferta dos referidos serviços será condição para que a assistência seja considerada adequada no presente estudo.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas estruturadas com diretores (geral, administrativo e clínico) e médicos das referidas unidades, entre novembro e dezembro de 2005. As questões do instrumento demandaram respostas dicotômicas (do tipo sim ou não), com exceção da assistência aos casos de urgência/emergência. Neste critério, foi elaborada uma pergunta aberta, questionando os procedimentos "mais" e "menos" complexos ofertados no referido setor, no intuito de aferir o nível de complexidade da assistência prestada nos hospitais. A partir desse instrumento, buscou-se ainda identificar as fragilidades da oferta de serviços especializados, considerando os critérios de avaliação como aspectos condicionantes à oferta de serviços, como os recursos humanos, os materiais e equipamentos e a unidade de terapia intensiva (UTI).

Seguindo-se ainda o padrão do Modelo Estadual de Regionalização,<sup>9</sup> identificou-se o quantitativo de leitos (pré-parto, recuperação pós-cirúrgica, cuidados prolongados, UTI), utilizando os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), referentes ao ano 2005 (DATASUS, 2007).

O plano de análise dos dados contemplou a caracterização dos serviços especializados, bem como das principais fragilidades para oferta desses serviços, mediante a análise descritiva por critério de avaliação utilizado nesse estudo. Para os leitos hospitalares e de UTI calculou-se a distribuição profissional e o coeficiente de leitos, sendo utilizado para o coeficiente o ano 2004 e a população relativa às GERES correspondentes às unidades hospitalares estudadas (H a X GERES), conformando o número de leitos por 100 mil habitantes de cada regional.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ). Os entrevistados foram convidados a contribuir com a pesquisa, sendo informados sobre os seus objetivos e solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Esta avaliação demonstrou que a oferta de serviços especializados nos hospitais regionais se distancia da adequação para assistência hospitalar, conforme preconizado pelo Modelo Estadual de Regionalização da Assistência à Saúde<sup>9</sup> adotado no presente estudo. Nesse sentido, apresenta-se nessa seção a caracterização da oferta, seguida das principais limi-

tações, de acordo com os critérios de avaliação utilizados.

A assistência às urgências e emergências é prestada no universo dos hospitais regionais avaliados. No entanto, considerando a categoria "procedimentos menos complexos", observou-se que a oferta está caracterizada, sobretudo, pelo atendimento aos casos de gripe, de pequenos ferimentos e pela realização de apendicectomias, que foram indicados pelos entrevistados como procedimentos cirúrgicos predominantemente realizados nos hospitais estudados. Entre os "procedimentos mais complexos" ofertados, os entrevistados relataram a assistência aos casos de hipertensão crânica, cardiopatias, hemorragias digestivas, hepatopatias, enfarte agudo do miocárdio grave, acidente vascular cerebral (AVC), assistência ao politraumatizado, entre outros, como indicados na Tabela 1.

A assistência à gestante de alto risco foi caracterizada pela realização acompanhamento pré-natal em apenas uma das unidades avaliadas, bem como de exames de ultrassonografia obstétrica e de partos de baixo e alto risco (normal e cesariana) em todos os hospitais regionais que utilizaram esse item como critério de avaliação. Entretanto, foram identificados alguns fatores condicionantes para a efetivação do parto em gestantes de alto risco, destacando-se a realização dessa ação apenas caso tivesse anestesista de plantão; ou a restrição da realização desse procedimento apenas para as gestantes com eclampsia, cardiopatia e hipertireoidismo, sendo encaminhadas as pacientes acometidas por estenose de válvula mitral ou má formações fetais.

Em relação aos exames complementares, todos os hospitais possuem laboratório de análise clínica, apesar de haver necessidade de material de consumo para o funcionamento adequado desse setor em um dos hospitais avaliados no serião do Estado. Quanto aos exames de imagem, o conjunto dos hospitais realiza somente radiografia simples. Os procedimentos de maior complexidade, como tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética são realizados, principalmente, em serviços privados localizados nos municípios sede dos hospitais regionais.

A oferta de cirurgias eletivas se resumiu principalmente às cirurgias de pequeno porte (como laparotomia e postectomias) que são realizadas em todos os hospitais avaliados. No entanto, a realização de cirurgias eletivas apresentou-se comprometida pela ausência de cirurgião pediátrico no conjunto das unidades estudadas, pela realização de cirurgias neurológicas apenas nos Hospitais de



Petrolina e Caruaru, bem como pela limitação de espaço físico (sala de cirurgia e leitos) em quatro hospitais regionais abordados.

Considerando os recursos humanos, todos os gestores entrevistados apontaram que os hospitais possuem médico clínico geral, pediatra, ginecologista/obstetra e anestesista, com exceção da unidade de Caruaru que, por não prestar assistência à gestante, não apresenta ginecologistas/obstetras no seu quadro de profissionais. Observou-se ainda a presença diária de um ou mais clínicos, apesar de ter sido frequentemente identificado no presente estudo que esses especialistas realizam procedimentos além da sua área de atuação. Esse fato ocorreu, sobretudo, em hospitais do sertão, onde alguns clínicos de plantão realizam partos; e outros são concursados como clínicos e atuam como pediatra, caso também tenha essa especialidade. Quanto aos anestesistas, apesar de os dados mostrarem a existência de especialistas contratados no universo dos hospitais avaliados (Tabela 2), entrevistados em quatro unidades abordadas referem à necessidade de recorrer às cooperativas para que esse profissional esteja presente em alguns plantões.

Da mesma forma, apenas quatro unidades apresentam neurologista no quadro profissional, estando presente em todos os plantões somente nos hospitais de Caruaru e Petrolina. A contratação deste profissional foi apontada como necessária por entrevis-

tados de oito hospitais, inclusive naqueles que apresentam o profissional de plantão, embora em quantidade insuficiente para suprir a demanda. O mesmo ocorre em relação aos cardiologistas, que estão ausentes em um dos hospitais avaliados e, em cinco unidades, esses especialistas estão contratados em número insuficiente (Tabela 2).

Seguindo as informações dos gestores entrevistados, observou-se que, com exceção de um hospital localizado no sertão do Estado, o universo dos hospitais apresenta cirurgião geral no quadro de profissionais. Entretanto, a maioria dos hospitais não dispõe desse especialista diariamente, sendo indicada pelos entrevistados a necessidade de contratação de maior quantidade de cirurgiões gerais. Da mesma forma, quatro profissionais entrevistados consideram necessária a vinculação de cirurgiões pediátricos e neurocirurgiões aos plantões, sendo este último especialista contratado apenas nas unidades de Caruaru e Petrolina (Tabela 2).

Ainda em relação à necessidade de contratação de plantonistas permanentes, gestores e médicos entrevistados de hospitais do Sertão apontaram um número significativo de profissionais em regime de sobreaviso (plantão à distância), o que dificulta a evolução e resolução dos casos. Foi também considerado urgente a necessidade de treinamento, reciclagem profissional e implementação de uma política de incentivo financeiro para os profissionais

**Tabela 1**

Assistência às urgências e emergências clínicas nos Hospitais Regionais de Pernambuco, 2005.

Nível de complexidade	Clínica	Pediátrica	Traumática	Cirúrgica
Procedimentos mais complexos	Hipertensão crânica; Cardiopatias; Hemorragias digestivas; Hepatopatias; Enfarte agudo do miocárdio grave; Acidente vascular cerebral (AVC)	Pneumonia; Septicemia grave; Cardiopatia congênita; Infecções respiratórias agudas agravadas (pneumonias e derrame pleural)	Politraumatismo;* Trauma torácico; Traumas abdominais abertos e fechados	Abdômen agudo; Úlcera perforada; Abdômen agudo pós-infecção biliar; Laparotomia; Trauma Crânio-cefálico (TCE)
Procedimentos menos complexos	Gripe, hipertermia, desidratação, cefaléia, diarreia, infecção intestinal, odontalgia, pequenos ferimentos.		Fraturas fechadas e agressões leves por arma de fogo e arma branca.	Apêndice supurado

\*Apenas para os Hospitais de Caruaru e Petrolina.

aderirem aos serviços de saúde localizados no interior de Pernambuco.

Na análise dos leitos hospitalares, observou-se que oito hospitais apresentam leitos de recuperação pós-cirúrgica e que os leitos específicos para pré-parto são contemplados em seis unidades regionais. Diferentemente, os leitos hospitalares para cuidados prolongados estão presentes apenas em quatro unidades avaliadas (Tabela 3). Conseqüentemente,

pacientes sequelados de Acidente Vascular Cerebral (AVC), por exemplo, ocupam leitos de UTI, devido à ausência de enfermagem adequada, de fisioterapeuta e auxiliares de enfermagem capacitados. Em um hospital do Agreste, para a internação que necessite de cuidados prolongados, são utilizados leitos específicos, através de um convênio com um hospital próprio do SUS, localizado em município vizinho.

**Tabela 2**

Distribuição de profissionais contratados por especialidades médicas nos Hospitais Regionais de Pernambuco, 2005.

Recursos humanos	Zona da Mata		Agreste			Sertão				
	Limoeiro	Palmares	Caruaru	Garanhuns	Arcoverde	Salgueiro	Petrolina	Ouricuri	Afogados Ingazeira	Serra Talhada
Clinico Geral	x	x	x	x*	x	x	x	x*	x	x*
Otorrinolaringologista	-	x	-	x	-	-	-	-	-	x
Oftalmologista	-	x	-	x	-	-	-	x	-	x
Pediatra	x	x	x	x	x	x*	x	x*	x*	x
Ginecologista/ Obstetra	x	x	-	x*	x	x*	x	x*	x	x
Cardiologista	x+	x*	x*	x	x	x	x	x	+	x*
Neurologista	+	+	x*	x*	x*	+	x	+	+	-
Psiquiatra	-	x*	-	x	x	x	-	+	+	-
Pneumologista	-	-	-	x	x	-	x	-	-	-
Oncologista	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-
Radiologista	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-
Traumatologista	x*	-	x	x	x*	x*	-	-	x*	x*
Cirurgião Geral	x	x*	x	x*	x*	x	x	x*	-	x*
Cirurgião Pediátrico	-	-	+	+	-	+	+	-	-	-
Cirurgião vascular	-	-	x*	+	x*	+	x*	-	+	-
Neurocirurgião	-	-	x*	+	+	-	x*	-	-	-
Anestesiata	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

x Especialista contratado em número suficiente; x\* Especialista contratado em número insuficiente; +Especialista não contratado, mas com necessidade de contratação; - Especialista não contratado.

**Tabela 3**

Distribuição de tipos de leitos nos Hospitais Regionais de Pernambuco, 2005.

Tipos de leitos	Zona da Mata		Agreste			Sertão				
	Limoeiro	Palmares	Caruaru	Garanhuns	Arcoverde	Salgueiro	Petrolina	Ouricuri	Afogados Ingazeira	Serra Talhada
Unidade de recuperação	x	x	x	x	x	x	x	-	-	x
Pré-parto	x	x	-	x	-	x	x	-	x	-
Cuidados prolongados	-	-	-	-	-	x	x	-	x	x

Em relação ao quantitativo de leitos disponíveis observa-se na Tabela 4 que a maioria se concentra nos hospitais de Caruaru e Petrolina, que abrangem respectivamente 15,3% e 17,3%. As unidades que possuem o maior coeficiente de leitos por 1.000 habitantes são o Hospital de Salgueiro (0,6/1.000 hab.), seguido do Hospital de Petrolina e de Arcoverde, que apresentaram coeficiente de 0,5 leitos/1.000 hab. Em situação oposta encontra-se o Hospital de Limoeiro, que contempla apenas 5,2% dos leitos e possui 0,1 leitos/1.000 hab. Os leitos em UTI foram identificados apenas nos hospitais de Caruaru, Petrolina e Arcoverde, que apresentam proporções desse equipamento em relação ao número total de leitos respectivamente de 5,7%, 3,0% e 3,6%.

A ausência de leitos de UTI foi identificada como fator limitante para a resolutividade de casos clínicos e cirúrgicos, e consequentemente para a oferta de serviços especializados de alta complexidade assistencial. Por outro lado, no Hospital Regional de Ouricuri, que se encontrava em precárias condições de trabalho devido a uma reforma estrutural, um médico entrevistado concordou com a importância da implantação de UTI no referido hospital, mas destacou que tal recurso não é prioridade para uma unidade hospitalar ainda carente de recursos humanos, como anestesista, cirurgião geral e ginecologista/obstetra.

**Tabela 4**

Distribuição proporcional e coeficiente de leitos hospitalares (por 1.000 hab.), de acordo com os Hospitais Regionais de Pernambuco, 2005.

Hospitais		Total de leitos			Leitos de UTI*	
		n	%	coef	n	%
Zona da Mata	Limoeiro	60	5,2	0,1	-	-
	Palmares	105	9,1	0,2	-	-
Agreste	Caruaru	176	15,3	0,2	10	5,7
	Garanhuns	110	9,6	0,2	-	-
Sertão	Arcoverde	166	14,5	0,5	6	3,6
	Salgueiro	123	10,7	0,6	-	-
	Petrolina	199	17,3	0,5	6	3,0
	Ouricuri	52	4,5	0,2	-	-
	Afogados da Ingazeira	66	5,7	0,2	-	-
	Serra Talhada	91	7,9	0,3	-	-
Total		1148	100,0	0,2	22	1,9

\* Percentual de leitos de UTI em relação ao número total de leitos hospitalares; coef=coeficiente.  
Fonte: DATASUS/CNES/2005.<sup>12</sup>

## Discussão

Não obstante ser consensual que a política de regionalização da assistência à saúde seja efetiva desde que seus princípios sejam respeitados, as iniciativas de avaliação da sua real contribuição para fortalecimento do SUS ainda são incipientes. No presente estudo, a complexidade da assistência prestada e a contratação de recursos humanos foram os principais fatores limitantes da oferta nos hospitais de referência regional de Pernambuco. Adotando o Modelo

Estadual de Regionalização da Assistência à Saúde<sup>9</sup> como padrão de referência, pôde-se ainda constatar que a resolutividade dos casos clínicos e cirúrgicos, bem como a oferta de exames complementares para diagnóstico, se apresentaram incompatíveis com o preconizado.

A desorganização da assistência à saúde descortina a persistência de um modelo assistencial hospitalocêntrico, evidenciando a fragmentação dos três níveis assistenciais. Os hospitais avaliados persistem como referência para os casos clínicos de



baixa complexidade, permitindo o questionamento sobre a cobertura, aceitação e resolatividade das unidades de atenção primária nos municípios do Estado. Ademais, esse modelo agrega como consequência o desperdício e o gasto erroneamente direcionado de recursos, comprometendo a qualidade assistencial em âmbito hospitalar.<sup>7</sup> O perfil da oferta concentrada na assistência primária em hospitais de referência evidencia um sistema de saúde fragmentado com efeitos distantes da imagem-objetivo almejada. Efeitos esses provavelmente ainda consagrados nos sistemas estaduais, como o pernambucano, que apresentam: foco na doença ou na prevenção individual, baixa responsabilização pela saúde de uma população definida; descontinuidade no atendimento; e precariedade, sobretudo dos serviços de maior densidade tecnológica, com indução da demanda pela oferta de serviços.<sup>2</sup>

As instalações de leitos, equipamentos, bem como a contratação de médicos especializados, protagonizaram entre as fragilidades da oferta de serviços nos hospitais avaliados. Esse cenário corrobora com o apresentado por Ferla *et al.*,<sup>13</sup> ao analisarem os hospitais regionais do Rio Grande do Sul, e com o estudo de Carvalho *et al.*,<sup>14</sup> que, a partir da perspectiva do gestor municipal, demonstraram como relevante deficiência a carência de profissionais nos hospitais regionais de Pernambuco.

No presente estudo, a distribuição e fixação quantitativa/qualitativa dos profissionais, principalmente de cirurgiões e neurologistas, foram categóricas para a complexidade dos serviços ofertados, figurando ainda entre os seus principais fatores limitantes. Em relação a esse aspecto, destacam-se as unidades do sertão, que estão distantes dos centros mais desenvolvidos, em municípios com aparelhos e equipamentos urbanos ainda incipientes e com dificuldades de acesso pelas rodovias estaduais e federais, fatores que podem influenciar acentuadamente na contratação de médicos especializados. Nesse sentido, a instalação de mecanismos compensatórios para atrair profissionais especializados a essas localidades, e mais especificamente para as unidades hospitalares de caráter regional, poderia contribuir para a redução das iniquidades presentes na oferta e consequentemente na utilização dos serviços de saúde.

Em relação aos leitos, o Brasil apresenta grande inadequação na oferta, seja pelo excesso em algumas regiões, ausência em outras ou por deficiências em qualidade.<sup>15</sup> Ademais, é crescente o surgimento de pequenos hospitais, com média de leitos inferior a 30, que apresentam baixa resolatividade e com

criação possivelmente mais vinculada a interesses políticos do que a interesses técnicos.<sup>16</sup> No presente estudo, o número de leitos se concentrou em condição intermediária entre os "pequenos hospitais" e a escala mínima de 200 leitos referida pela literatura internacional.<sup>17</sup> O coeficiente de leitos para a população adscrita pelos hospitais regionais demonstrou ainda grave defasagem em relação aos parâmetros preconizados (03 a 04 leitos/1.000 hab.) pela Portaria GM 1.101/02.<sup>18</sup>

A despeito desse cenário, os entrevistados não apontaram a insuficiência de leitos como um problema relevante, uma vez que a referência dos pacientes para garantia da resolatividade apresentase mais diretamente relacionada às limitações da capacidade assistencial do hospital. Nesse sentido, as unidades avaliadas aproximam-se da situação apresentada por Mendes<sup>17</sup> sobre os hospitais de pequeno porte, que devido às limitações na complexidade assistencial internam o suficiente para garantir a referência para hospitais regionais. Entretanto, cabe ressaltar que os hospitais avaliados são de médio e grande porte, se apresentando como referência regional, no modelo assistencial previsto no Estado.

Diferentemente, a ausência de leitos em UTI incluiu-se entre os determinantes para a resolatividade de casos que exigem tal aparato tecnológico. Verificou-se que, com exceção da unidade regional de Arcoverde, os demais hospitais que ofertam esse serviço estão localizados nas unidades de Caruaru e Petrolina, que são referência macrorregional no Modelo Estadual de Regionalização.<sup>9</sup> Entretanto, considerando que a Portaria GM 1.101/02<sup>18</sup> indica a necessidade de 4% a 10% de leitos de UTI em relação ao número total de leitos, apenas o Hospital Regional de Caruaru se enquadrou nesse padrão.

Apesar das fragilidades observadas na oferta de serviços especializados nos hospitais avaliados em Pernambuco, tais características acompanham o processo em curso para a implantação da rede hospitalar no sistema de saúde brasileiro. Os desafios assumidos pelo SUS para a consolidação do modelo assistencial, universal, integral, regionalizado e hierarquizado, apresentaram forte influência da municipalização do setor saúde, e as iniciativas vinculadas à atenção básica apresentaram maiores avanços do que a gestão dos serviços hospitalares, sobretudo a partir de 1994 com a implantação da Estratégia de Saúde da Família.<sup>19</sup> No período 1997-2001 verificou-se um crescimento médio de 102% nos investimentos do Ministério da Saúde, mormente relativos ao custeamento de internações e procedimentos de



média e alta complexidade. Por outro lado, no ano de 2001, o número de leitos apresentou redução média de 3,2%, com maior impacto para os leitos privativos lucrativos que sofreram significativa redução de 27%.<sup>20</sup>

Nesse contexto, o papel dos organismos internacionais, no sentido de garantir a sustentabilidade das políticas sociais mediante ao incentivo, apoio e avaliação das iniciativas de extensão do acesso aos serviços de qualidade,<sup>21</sup> influenciam o percurso da política de investimentos do SUS. Estratégias como o Projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS),<sup>22</sup> desde 1996, e o Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (QUALISUS),<sup>23</sup> instituído em 2004, ganharam destaque. Enquanto a primeira, em acordo com o Banco Mundial (BIRD), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e as três esferas de governo investiram 750 milhões de dólares para a reforma da rede hospitalar, aquisição de equipamentos e desenvolvimento de sistemas de gerenciamento;<sup>22</sup> a segunda iniciou em 27 regiões metropolitanas (cerca de 80 hospitais com serviços de emergência), visando o acolhimento ao paciente, além de uma atenção à saúde mais efetiva, com prioridade aos casos mais graves e com redução do tempo de permanência hospitalar.<sup>23</sup>

Conforme o Relatório Final do REFORSUS em Pernambuco, 60% dos hospitais regionais receberam investimentos referentes a esse projeto. Entretanto, com exceção da unidade de Arcoverde, nos demais hospitais os equipamentos e reformas adquiridos tiveram como principal objetivo a melhoria da atenção à saúde materno-infantil.<sup>24</sup> Observou-se, na presente avaliação, que embora a atenção à gestante de alto risco seja reconhecidamente prioritária em hospitais de referência regional, essa não é realizada adequadamente na maioria das unidades abordadas. Apesar de o investimento ter sido direcionado para a atenção materno-infantil, o comprometimento dessa área sugere a persistência de limitações de contratação e de profissionais qualificados; bem como da estruturação com equipamentos e materiais direcionados à referida prática.

Os percalços observados na assistência aos casos de urgência/emergência e nos procedimentos cirúr-

gicos nos hospitais regionais põem em julgamento as prioridades de alocação de recursos do REFORSUS no Estado. No presente estudo revelou-se uma lacuna entre a oferta de serviços, a manutenção da capacidade instalada e a realização de investimentos públicos, sobretudo aqueles advindos de empréstimos internacionais, como o REFORSUS, que incrementam a dívida pública do país e consequentemente contribuem para a redução do investimento nacional para a prestação de tais serviços.<sup>20</sup>

Direcionada aos serviços de urgência/emergência, a Política QUALISUS foi avaliada em três hospitais da região metropolitana do Recife, demonstrando grau de implantação incipiente. Como principais obstáculos à implantação, foram apontados: a deficiência de profissionais especializados, a baixa resolutividade das demais unidades de atenção às urgências/emergências e o atraso da efetivação pelo Ministério da Saúde das melhorias estruturais previstas na política.<sup>25</sup> Mesmo referindo-se à hospitais localizados em Recife, que é eixo central da rede assistencial do Estado, sendo referência (inter)estadual, as lacunas observadas na avaliação do QUALISUS demonstram estreita relação com as principais limitações ressaltadas nos hospitais regionais avaliados no presente estudo, quer seja a carência de profissionais especializados, a resolutividade ou as condições estruturais necessárias à efetivação de um atendimento digno.

Nesse sentido, a configuração da real missão dos hospitais regionais e sua inserção no Modelo Estadual de Regionalização da Assistência à Saúde<sup>9</sup> será indispensável para a redefinição das políticas específicas para cada realidade loco-regional. Tal passo subsidiará a conformação de um sistema de saúde com integralidade e flexível o suficiente para respeitar as divergências existentes no perfil geográfico, no desenvolvimento urbano e regional, no desenvolvimento econômico e social, na identidade cultural local, no perfil epidemiológico, nas condições sanitárias, bem como na capacidade instalada de serviços de saúde já existentes em cada uma das regionais de saúde do Estado de Pernambuco.

## Referências

1. Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (suppl. 2): S331-6.
2. Costa-e-Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23: 1405-14.

3. Arretche M. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? *Rev Bras Ciênc Soc.* 1996; 31: 44-66.
4. Borrell C. Desigualdades y servicios de salud. *Saúde Soc.* 2006; 15: 9-22.
5. Mato Grosso. Secretaria de Saúde. Júlio Strubing Muller Neto (org.). A regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção. Cuiabá, MT; 2002. 336p.
6. Castelar RM; Mordelet P, Grabois V. Gestão hospitalar - um desafio para o hospital brasileiro. *Cooperação Brasil-França: Édition École Nationale de la Santé Publique*; 1995.
7. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007, 12: 825-39. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> [2007 Jul 04].
8. Brasil. Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS - 01/2001. Portaria no 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília; 2001b. 110 p.
9. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco; 2001. 48 p.
10. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. A Gestão: responsabilidades; 1998.
11. Contrandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J, Pincault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
12. Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2007. [acesso em: 13 jun 2007]. Disponível em: [www.datasus.gov.br/cnes](http://www.datasus.gov.br/cnes).
13. Ferla AA, Geyer LMC, Pritoluk LB, Breunig M. A regionalização da atenção à saúde na experiência da gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul; 2002.
14. Carvalho EF, Cesse EAP, Machado, HOP. Fatores Limitantes e facilitadores de mudança nas organizações de saúde do SUS. In: Freese E. (org.) Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2004. p. 233-59.
15. Castro MSM, Travassós C., Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39,2: 277-284.
16. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9: 795-806.
17. Mendes EV. Reflexão sobre a NOAS SUS 01/02. In: Relatório final do 1º Seminário do CONASS para a construção de Consensos: preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2003. p. 65-100.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. *Diário Oficial da União [DOU]*, v.139, (112); 36, 13 jun. 2002. Seção 1. Brasília, DF.
19. Bahia L. O mercado de planos de saúde no país: tendências pós-regulamentação. In: Negri DG (org.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Instituto de Economia, Unicamp; 2001. 345 p.
20. Soares A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23: 1565-72.
21. Bermudez J. Acesso a insumos em saúde: desafios para o Terceiro Mundo. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23: 744-5.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Reforsus – prioridades de investimentos. Brasília, DF; 1996. (documento interno).
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Qualisus. Brasília, DF; 2007. [acesso em: 13 jun. 2007]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id\\_area=408](http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id_area=408)
24. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Projeto REFOSUS em Pernambuco – Relatório Final; 2005. 78p.
25. Gusmão-Filho FAR. Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus – em três hospitais do município do Recife. [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz. 2008. 181 p.

Recebido em 18 de fevereiro de 2008

Versão final apresentada em 17 de agosto de 2009

Aprovado em 18 de setembro de 2009

## **5.2 ARTIGO 2 - Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste Brasileiro.**

**Autores:** Luciana Santos Dubeux, Eduardo Freese, Yluska Almeida Coelho dos Reis., **Publicação:** Cad. Saúde Pública v.26 n.8 Rio de Janeiro Ago, 2010.

A implantação das dimensões relacionadas à estrutura e ao processo de trabalho do setor de urgência/emergência hospitalar foi avaliada no Artigo 2 . Neste estudo, partiu-se da hipótese de que a qualificação da infraestrutura existente e das ações realizadas, tal como previstos nas leis e normas específicas, reflete no acesso dos usuários aos serviços em questão. Com base na normatização vigente aferiu-se o grau de implantação, entrevistando os médicos e enfermeiros diretamente responsáveis pela execução das ações, em complemento ao enfoque adotado no Artigo 1, que privilegiou o ponto de vista dos gestores hospitalares.

As unidades hospitalares foram categorizadas como hospitais de referência macrorregional – que contemplam serviços de alta complexidade assistencial – e hospitais microrregionais (média complexidade). Tomou-se como pressuposto que o grau de implantação é diferenciado de acordo com a complexidade assistencial, não podendo, fazer um julgamento de valor agregado para ambos os tipos de unidades classificadas.

O estudo estabeleceu o grau de implantação geral (abrangendo todos os hospitais avaliados), por categoria (referência macrorregional e referência microrregional) e estratificou por dimensões - estrutura e processo. No entanto, enfatizou as convergências e divergências entre as categorias e dimensões previstas, demonstrando expressiva fragilidade da estrutura e do processo de trabalho de todos os hospitais estudados. Revelaram-se como principais resultados que as unidades de referência macrorregional estão mais bem implantadas quanto ao processo de trabalho; e a dimensão estrutura apresenta-se com maior organização nos hospitais microrregionais.

O Artigo 2 está posto na página seguinte desta Tese.

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

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

Luciana Santos Dubeux <sup>1,2</sup>  
Eduardo Freese <sup>1</sup>  
Yluska Almeida Coelho dos Reis <sup>1</sup>

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

### Correspondência

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

### Abstract

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

*Hospital Emergency Service; Health Evaluation; Regional Health Planning*

### Introdução

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

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



direcionou esforços para o fortalecimento da regionalização.

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

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

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

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

## Métodos

### Desenho do estudo

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

### Abrangência do estudo

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

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

Tabela 1

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

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

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

### Instrumento e coleta dos dados

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

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

quatro profissionais se recusaram a participar da entrevista.

### Análise dos dados

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

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

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

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

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

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

## Resultados

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

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

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

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

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

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

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

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



Tabela 2

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

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

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

■ Satisfatório    ■ Aceitável    ■ Deficiente

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

### Discussão

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

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

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



Tabela 3

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

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

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

■ Satisfatório    ■ Aceitável    ■ Deficiente

Tabela 4

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

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

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

Tabela 5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contribuindo para o delineamento deste quadro, estudo realizado por Deslandes<sup>20</sup> chama

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

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

Em consonância com a grande inadequação na oferta de leitos de UTI no Brasil, caracterizada pela concentração regional e comprometimento funcional desses equipamentos<sup>21</sup>, os hospitais no interior do estado agregam 35 leitos de UTI, distribuídos em somente quatro hospitais<sup>22</sup>. Considerando que duas dessas unidades integram os hospitais de referência macrorregional avaliados neste estudo, sugere-se que a deficiência estrutural nos hospitais microrregionais contribua para a manutenção da rotina de transferência de emergências clínicas e cirúrgicas graves aos hospitais macrorregionais. Cabe destacar, entretanto, que na extensão territorial do estado – 98.312km<sup>2</sup> – (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estados@. <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe>, acessado em 20/Nov/2009), a trajetória por rodovias públicas em condições de incipiente adequação estrutural poderá ser pouco profícua diante de situações graves com risco de morte.

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

dos como importante entrave. Assim, a despeito da subjetividade agregada à triagem de pacientes em situações de emergência, faz-se necessário o fortalecimento de estratégias de classificação dos usuários por grau de risco de morte<sup>14</sup>; assim como da instituição de protocolos clínicos, que está relacionada à melhoria dos padrões assistenciais e à redução da superlotação nos serviços de urgência/emergência hospitalar<sup>23</sup>.

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

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

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

emergências e cumprindo os objetivos da regionalização. Ademais, previu a instalação de Fundações Estatais de Direito Privado, promulgando a *Lei Estadual nº. 13.537*<sup>24</sup> com o objetivo de instituir a Fundação Estadual de Assistência Hospitalar Josué de Castro para administração pública indireta da assistência hospitalar.

A despeito das referências de inconstitucionalidade desse modelo de administração, desde 2008 três hospitais macrorregionais e uma unidade microrregional, avaliadas no presente estudo, estão sob administração indireta. Deve-se, de fato ponderar as lacunas e benefícios da proposta em questão, pois esta representa o compromisso com a eficiência e efetividade por meio da administração dos serviços públicos. Prevê o estabelecimento de planos operativos, com vistas ao cumprimento de metas coerentes com o SUS, assim como aborda a fixação profissional em municípios interioranos sede dos hospitais microrregionais. Por outro lado, há riscos agregados à flexibilidade das licitações públicas, ilimitação na remuneração profissional, bem como à incompatibilidade entre regime de direito privado e a prestação de serviços públicos de assistência à saúde, atividade típica do poder público<sup>25</sup>.

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



## Resumo

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

*Serviço Hospitalar de Emergência; Avaliação em Saúde; Regionalização*

## Colaboradores

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

## Referências

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

10. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Plano Diretor de Regionalização – PDR SUS/PE. [http://www.saude.pe.gov.br/site/regionalizacao/InstrumentosdePlanejamento/pdr\\_completo\\_pe.pdf](http://www.saude.pe.gov.br/site/regionalizacao/InstrumentosdePlanejamento/pdr_completo_pe.pdf) (acessado em 23/Jul/2008).
11. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Edição 2004/2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Brasil. Portaria GM nº. 2468, de 13 de outubro de 2006. Constitui Grupo de Trabalho com o objetivo de apresentar proposta de regulamentação para a Política de Qualidade dos Serviços de Saúde Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2468.htm> (acessado em 11/Jan/2009).
13. Mendes EA. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Superintendência de Atenção à Saúde, Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.
14. Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:929-34.
15. Mendes ACG, Araújo Júnior JLCA, Furtado BMAS, Duarte PO, Santiago RF, Costa TR. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2009; 9:157-65.
16. Gusmão-Filho FAR. Análise de Implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política QualiSUS – em três hospitais do município do Recife [Tese de Doutorado]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
17. O'Dwyer G, Matta HEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13: 1637-48.
18. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12: 825-39.
19. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5:319-28.
20. Deslandes SE. *Práxis Deuses: profissionais da emergência entre danos da violência e recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
21. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:277-84.
22. Ministério da Saúde. Distribuição percentual de leitos hospitalares de Unidade de Terapia Intensiva por Regionais de Saúde em Pernambuco. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
23. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de saúde de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:1439-54.
24. Assembleia Legislativa de Pernambuco. Lei nº. 13.537, de 12 de setembro de 2008. Autoriza o Poder executivo a instituir "Fundação Estadual de Assistência Hospitalar Josué de Castro", e dá outras providências. <http://www.upe.br/down/imprensa/lei13537.pdf> (acessado em 11/Dez/2009).
25. Weichert MA. Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. *Rev Direito Sanit* 2009; 10:81-9.

Recebido em 15/Dez/2009

Versão final reapresentada em 17/Abr/2010

Aprovado em 03/Mai/2010

### **5.3 ARTIGO 3 - Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para a qualificação do planejamento e da oferta dos serviços.**

**Autores:** Luciana Santos Dubeux e Eduardo Freese.

**Submetido para publicação em 24/07/2012 na Revista *Physis*: Revista de Saúde Coletiva.**

Este artigo considerou o ponto de vista daqueles que utilizam os serviços de urgência/emergência dos hospitais regionais para a avaliação do acesso a estas unidades. Também avaliou a rede de serviços das respectivas regiões de saúde de Pernambuco, ao identificar a trajetória de contatos prévios dos usuários com os serviços e os obstáculos enfrentados para o acesso e utilização das unidades de referência regional.

A identificação das vivências e perspectivas dos usuários reforça o protagonismo destes atores para a avaliação de aspectos determinantes do acesso, sendo tais questões evidenciadas no manuscrito em questão. Os resultados destacam algumas fragilidades da Rede de Atenção à Saúde, enfatizando que os setores avaliados foram apontados pelos usuários como primeiro ou único serviço para a assistência aos seus problemas de saúde.

O Artigo 3 está apresentado a seguir.

**Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para a qualificação do planejamento e da oferta dos serviços.**

*Access to Urgent and Emergency in Regional Hospitals: approach to users for the qualification of the planning and provision of services.*

Luciana Santos Dubeux<sup>1,2</sup>  
Eduardo Freese de Carvalho<sup>1</sup>

1. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil

2. Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, Brasil.

**Correspondência:**

Luciana Santos Dubeux

Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE. 50.670-420 Caixa Postal: 7472.

lucianadubeux@yahoo.com.br

**Resumo**

A perspectiva do usuário é imprescindível para o aprimoramento das políticas de saúde direcionadas à garantia dos princípios constitucionais da universalidade e integralidade. Este estudo descritivo-transversal teve como objetivo avaliar o acesso ao serviço de urgência e emergência em hospitais regionais de Pernambuco, com base no itinerário e nos obstáculos dos usuários até a assistência nos referido setor. Selecionou-se uma amostra estratificada e aleatória, realizando-se 853 entrevistas semi-estruturadas com usuários de 7 hospitais distribuídos nas mesorregiões: zona da mata, agreste e sertão. Dentre os entrevistados 74,9% são residentes do município em que o hospital está localizado e 66,9% reconheceram-se cadastrados em Equipes de Saúde da Família. A maioria dos usuários recorreu ao hospital como primeira unidade assistencial (77,1%), destacando a confiança no atendimento do serviço, como principal motivo para a seleção do setor de urgência e emergência pelo usuário. Em relação ao itinerário, os entrevistados predominantemente (99,5%) buscaram apenas 1 atendimento prévio, tendo se submetido a consulta médica (75,4%). Entretanto, 42,8% ainda foram referenciados e destes, a maioria (78,9%) foi encaminhada ao hospital avaliado. Dentre aqueles que demandaram assistência prévia, a ausência de profissional (65,5%) foi a principal razão para o não atendimento, destacando-se a deficiência na resolutividade e a distância entre a residência e o hospital, como importantes obstáculos no itinerário. Os resultados revelam um cenário em que o hospital permanece como eixo central da assistência à saúde, indicando



a necessidade de fortalecimento da rede de saúde integral, com vistas à redução das iniquidades sociais em âmbito loco-regional.

**Palavras-chave:** Regionalização, Acesso aos Serviços de Saúde, Serviço Hospitalar de Emergência.

### **Abstract**

The user perspective is essential for the improvement of health policies aimed at guaranteeing the constitutional principles of universality and integrality. This descriptive cross-sectional study aimed to evaluate access to urgency and emergency departments of the regional hospitals in Pernambuco, based on the itinerary of the users and on the barriers to use health care. It was selected a stratified random sample, to carry out 853 semi-structured interviews with users of seven hospitals distributed in the regions: zona da mata, agreste e sertão. Among the respondents 74.9% are residents of the municipality in which the hospital is located, and 66.9% declared themselves registered in Family Health Team. Most users used the hospital as the first unit care (77.1%), highlighting the confidence in the care of the service, as the main reason for selecting the sector of emergency care by the user. Regarding the itinerary, respondents predominantly (99.5%) sought just 1 health unit and to had undergone a medical consultation (75.4%). However, 42.8% still were transferred and of these, most (78.9%) was taken to hospital evaluated. Among those who required previous health care, to the absence of professional (65.5%) was the main reason for not health assistance, highlighting the deficiency in problem solving and distance between home and hospital, as important obstacles in itinerary. The results reveal a scene in which the hospital stands as the centerpiece of health care, indicating the need for strengthening the network of comprehensive health care with a view to reducing social differences in loco-regional context.

**Keywords:** Regional Health Planning; Health Services Accessibility; Emergency Service, Hospital

### **Introdução**

Na última década, a busca pela implantação da regionalização da assistência à saúde ganhou força no Brasil, com destaque para a divulgação do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006). Este instrumento, ao definir atribuições para as três esferas de gestão, direcionou esforços para a integração dos sistemas municipais, a ampliação do acesso e a redução das iniquidades

regionais. Ainda devido à persistente fragmentação de ações e serviços de saúde, as normatizações relacionadas à criação de Redes de Atenção (BRASIL, 2010) avançaram em áreas técnicas prioritárias ao Sistema Único de Saúde (SUS). Inclui-se, neste escopo, a concepção da Rede de Atenção às Urgências, com vistas à articulação e integração de todos os equipamentos de saúde, que resultem na ampliação e qualificação do acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A conformação de Redes de Saúde de Urgência e Emergência pode estar relacionada à oferta de serviços articulados em diversos níveis de complexidade assistencial e tecnológica, composta por sistemas de informação interligados, por diversas esferas gestoras e com garantia de transferência de recursos financeiros (TEIXEIRA, 2007). No entanto, a institucionalização destas Redes deverá estar condicionada à interdependência dos atores e organizações que a compõem, com o intuito de evidenciar potencialidades e competências dos mesmos.

Ademais, a organização do acesso aos serviços hospitalares de urgência e emergência no SUS, que tem como princípios a integralidade e a universalidade, pressupõe que haja racionalidade entre: o perfil epidemiológico e sanitário da população; a oferta de serviços e os orçamentos públicos; sem impor restrições injustificadas ou que comprometam o direito à saúde (CONASS, 2009). Confere também a necessidade de reformulação dos fluxos de referência e contra-referência, bem como o encaminhamento com a implantação de modelos de classificação de risco (MENDES, 2011).

É mundialmente percebido o incremento da demanda por tais serviços, pressionando as estruturas e os profissionais de saúde; figurando, por conseguinte, entre as principais causas de insatisfação da população que utiliza os sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011; O'DWER, 2010). Os aspectos relativos ao crescimento da demanda e o ao desagrado dos usuários estão diretamente relacionados à superlotação das unidades de urgência e emergência hospitalar. Este também é um fenômeno mundial, evidenciado pela ocupação total de leitos de urgência/emergência, usuários em espera para atendimento acima de uma hora; tensão na equipe assistencial e pressão para novos atendimentos. Em decorrência, evidencia-se o baixo desempenho do hospital e das Redes de Saúde instituídas (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Neste cenário, a avaliação do acesso aos serviços de urgência e emergência em redes de atenção hospitalar, com foco nos fatores que influenciam a entrada dos usuários nos serviços de saúde e por consequência, a sua utilização (PENSHASKY; THOMAS (1981); FRENK (1985); ANDERSEN (1995) poderá demonstrar nuances sobre as potencialidades e/ou fragilidades da regionalização da assistência, tal como proposta pelo SUS.

As práticas avaliativas têm sido cada vez mais estimuladas ao longo do processo de aprimoramento do sistema de saúde brasileiro, tornando-se gradativamente reconhecida como uma atividade essencial no contexto de formulação e redirecionamento de programas e políticas de saúde. Desde que concebida em suas múltiplas dimensões (parceria, participação, negociação, julgamento e produção de conhecimento, entre outras) a avaliação pode e deve ser utilizada como instrumento de poder, em uma perspectiva dialógica em sociedades éticas, com foco na justiça social (FREIRE, 1998; GOMES *et al.*, 2004).

Este debate faz-se pertinente ao estudo do modelo assistencial do SUS, cujos novos arranjos e normatizações nem sempre oportunizam, a perspectiva dos que mais esperam e precisam de qualidade do acesso aos serviços e/ou das tecnologias oferecidas. Ter a população como agente promotor de mudanças e melhorias nas práticas de saúde significa imprimir neutralidade à avaliação, na medida em que entre os atores envolvidos esteja, verdadeiramente, a parcela da sociedade representada pelos usuários (DONBEDIAN, 1982; HARTZ; SANTOS; MATILDA (2008); FELISBERTO (2008); SANTOS FILHO, 2009; FELISBERTO, 2010).

Neste sentido, a qualificação de redes assistenciais requer respostas às questões avaliativas que tenham o usuário, a família e a comunidade como informantes de seus cotidianos e histórias construídas em sua relação com os serviços. Superar, portanto, a compreensão da avaliação enquanto um conjunto de atividades exclusivamente técnico-científicas e operacionais - na busca por atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade às intervenções - pressupõe atenção às lições permanentes proporcionadas pela avaliação com vistas a um planejamento mais adequado à melhoria da qualidade das atividades oferecidas. Isto, também na perspectiva das necessidades e demandas dos usuários (CONTANDRIOPOULOS *et al.* 2002; HARTZ, 2006; TEIXEIRA, 2006; PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008; PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2009).

Este estudo apresenta os resultados da avaliação do acesso aos serviços de urgência e emergência dos hospitais de referência regional de Pernambuco, com base no itinerário dos usuários até os Hospitais Regionais; e nos obstáculos por estes atores percebidos no percurso e utilização destas unidades de saúde.

## **Métodos**

Realizou-se um estudo descritivo e de corte transversal, entre dezembro de 2006 e janeiro 2007, considerando o setor de urgência e emergência dos hospitais de referência regional do estado de Pernambuco como unidades de análise; e os usuários atendidos nos referentes serviços de saúde como informantes-chaves.

Procedeu-se a seleção das unidades de análise, tendo como referência o território político-administrativo do estado. Este está desmembrado em 11 Gerências Regionais de Saúde (GERES), que correspondem ao respectivo número de microrregiões (referência para média complexidade assistencial), estando estas, por sua vez, incorporadas em três macrorregiões referenciais para alta complexidade de atenção à saúde. A rede de serviços é composta por 2.989 unidades ambulatoriais e 329 hospitais/unidades mistas, com 19.100 leitos; 90 hospitais de pequeno porte, localizados em municípios com menos de 30 mil habitantes, 8 hospitais de médio porte situados nas sedes de Geres e 7 hospitais de grande porte que se encontram nas macrorregiões. Entre os hospitais de médio e grande porte, 11 são unidades de referência regional; e para este estudo foram selecionados, de forma intencional, 7 destas unidades. Estas estão situadas em sede de microrregionais e distribuídas em todas as mesorregiões do interior do estado que foram representadas por: 2 hospitais nas regiões da mata, 2 hospitais no agreste; e 3 unidades no sertão (SES/PE, 2008).

Em seguida, foi definida uma amostra aleatória de usuários, utilizando-se os seguintes parâmetros: média mensal de 3.565 consultas por hospital, prevalência de adequação do atendimento às urgências e emergências (10%); erro amostral (3%) e intervalo de confiança de 95%, obtendo-se uma amostra de 130 usuários por hospital e o total de 910 sujeitos a serem entrevistados.

Um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas foi elaborado para verificar os critérios de avaliação, relacionados: à condição sócio-econômica (sexo, faixa etária, escolaridade, ocupação, renda familiar, utilização de plano de saúde, cadastro em Unidade de Saúde da Família); ao itinerário dos usuários (intervalo de tempo entre a identificação da demanda e procura ao hospital, motivo da procura e da escolha do hospital regional para solução do evento atual, trajetória de contatos com serviços de saúde até a chegada ao hospital), aos obstáculos para a assistência às urgências/emergências (aspectos da estrutura física do hospital que dificultem o acesso à unidade de saúde; distância entre a residência do usuário e a unidade de saúde; deficiência ou ausência de recursos financeiros para o deslocamento às unidades de saúde; intervalo de tempo entre a identificação da necessidade de buscar assistência pelo paciente, à caracterização da demanda pelo profissional de saúde de outras unidades de saúde e, se necessário, a posterior transferência e realização de exames de laboratório, exames de imagem, internação hospitalar, consultas e cirurgias especializadas).

A coleta de dados seguiu à realização de um estudo piloto com 10% da amostra em um dos hospitais selecionados e ao treinamento de 7 entrevistadores, sendo ambas etapas desenvolvidas para o entendimento do questionário (por pesquisadores e usuários) e para ajustes no instrumento. Os usuários foram convidados a participar da entrevista após o atendimento médico, sendo esta realizada nos períodos diurnos e noturnos; em dias de semana, sábados e domingos. Para a análise dos dados foram utilizados os *softwares* SPSS 13.0 e Excel 5.0, sendo os resultados demonstrados sob a forma de proporção, em tabelas de distribuição simples de frequência.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; em respeito aos preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## **Resultados**

Realizou-se 853 entrevistas, havendo uma perda de 6,3% da amostra prevista (devido a recusas dos entrevistados e/ou ausência de pessoas atendidas nos hospitais durante o período

de coleta de dados), porém não houve comprometimento da representatividade pretendida neste estudo.

Conforme a Tabela 1, a população estudada caracterizou-se por indivíduos do sexo feminino (51,1%); distribuídos nas faixas etárias de 1 a 4 anos (14,3%), 15 a 19 anos (15,5%) e 20 a 29 anos (11,0%). Advindos principalmente do município sede do hospital/GERES (74,9%) e de outros municípios adscritos na referida gerência regional de saúde (19,0%); apresentaram escolaridade concentrada em pessoas com ensino fundamental (46,9%) e analfabetas (14,5%). A ocupação distribuiu-se principalmente entre as classificações relacionadas aos usuários empregados (funcionário público/empregado privado (21,4%), funcionário autônomo (10,0%) ou em processo de formação (15,6% de estudantes), destacando-se 10,43% de mulheres donas de casa. Os usuários abordados ainda foram identificados por apresentar renda familiar de até 1 salário mínimo (50,3%), serem desprovidos de planos de saúde (92,1%) e cadastrados em Unidades de Saúde da Família (66,9%).

**Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas da população do estudo dos hospitais regionais de Pernambuco avaliados.**

<b>Características</b>	<b>(n=853)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
<i>Masculino</i>	417	48,9
<i>Feminino</i>	436	51,1
<b>Faixa etária</b> (classificação DATASUS/MS/2012)		
<i>&lt; 1 ano</i>	54	6,3
<i>1 a 4 anos</i>	122	14,3
<i>5 a 9 anos</i>	82	9,6
<i>10 a 14 anos</i>	58	6,8
<i>15 a 19 anos</i>	65	7,6
<i>20 a 29 anos</i>	132	15,5
<i>30 a 39 anos</i>	94	11,0
<i>40 a 49 anos</i>	68	8,0
<i>50 a 59 anos</i>	56	6,6
<i>60 a 69 anos</i>	56	6,6
<i>70 a 79 anos</i>	44	5,2
<i>80 anos e mais</i>	22	2,6
<b>Município de residência</b>		
<i>Município adstritos da GERES</i>	162	19,0
<i>Municípios adstritos de outras GERES</i>	35	4,1
<i>Município Sede do hospital e da GERES</i>	639	74,9
<i>Município Sede outras GERES</i>	7	0,8
<i>Município de Outros estados</i>	10	1,2
<b>Escolaridade</b>		
<i>Analfabeto</i>	124	14,5
<i>Ensino fundamental</i>	400	46,9
<i>Ensino médio incompleto</i>	53	6,2
<i>Ensino médio completo</i>	61	7,2
<i>3.o grau incompleto</i>	10	1,2
<i>3.o grau completo</i>	10	1,2
<i>Não se aplica (crianças não inseridas na escolaridade)</i>	189	22,2
<i>Não soube responder</i>	6	0,7
<b>Ocupação</b>		
<i>Empregado (servidor público ou funcionário de empresa privada)</i>	183	21,5
<i>Autônomo</i>	86	10,1
<i>Estudante</i>	133	15,6
<i>Dona de casa</i>	89	10,4
<i>Desempregado</i>	44	5,2
<i>Aposentado por invalidez</i>	23	2,7
<i>Aposentado</i>	90	10,6
<i>Não se aplica / Não responderam</i>	205	24,0
<b>Renda familiar</b>		
<i>Sem renda</i>	11	1,3
<i>Até 1 SM</i>	429	50,3
<i>1 &lt; 2 SM</i>	247	29,0
<i>2 &lt; 3 SM</i>	69	8,1
<i>3 &lt; 4 SM</i>	23	2,7
<i>4 e 5 SM</i>	9	1,1
<i>&gt; 5 SM</i>	18	2,1
<i>Não sabe/ Não responderam</i>	47	5,5
<b>Plano de saúde</b>		
<i>Sim</i>	67	7,9
<i>Não</i>	786	92,2
<b>Cadastro em Unidade de Saúde da Família</b>		
<i>Sim</i>	571	66,9
<i>Não</i>	263	30,8
<i>Não soube responder</i>	19	2,2

Entre os critérios para avaliação do itinerário até aos hospitais regionais foram identificadas diversas razões para o entrevistado selecionar a unidade estudada. Ressalta-se, entre essas, a confiança/credibilidade depositada pelo usuário na assistência prestada no hospital (39,0%); e a proximidade entre a residência do entrevistado e o referido serviço, este último representando 15,8% dos motivos elencados. Aspectos relativos aos processos de referência e contra-referência também puderam ser verificados. Parcela pequena dos usuários selecionou o hospital devido à orientação de profissionais de outros serviços, como Unidade de Saúde da Família (6,3%), hospitais (5,9%) e policlínicas (1,8%). E ainda, motivações como a dificuldade de assistência em outras unidades de saúde devido à ausência de profissional/vaga; encaminhamento para aquisição/administração de medicamentos e realização de exames complementares significaram, respectivamente: 9,3%, 1,4% e 0,2% da amostra (Tabela 2).

A maioria dos entrevistados (77,1%) recorreu aos hospitais como primeira opção de unidade de saúde. No entanto, apenas 18,3% procuram o hospital no intervalo de tempo de até 12 horas após a identificação da doença (demanda), pois 44,4% buscaram atendimento entre 1 e 3 dias; e 26,6% dos indivíduos abordados o fizeram entre 4 e 29 dias (Tabela 2).

**Tabela 2 - Itinerário da população de estudo até a chegada aos hospitais regionais de Pernambuco avaliados.**

<b>Características</b>	<b>(n=853)</b>	<b>%</b>
<b>Razões para a escolha do hospital</b>		
<i>Orientação recebida na U.S.F.</i>	54	6,3
<i>Orientação recebida na policlínica</i>	15	1,8
<i>Orientação recebida em outro hospital</i>	50	5,9
<i>Devido à proximidade com a residência</i>	135	15,8
<i>Orientação recebida por terceiros</i>	52	6,1
<i>Dificuldade de assistência em outras unidades devido à ausência de profissional/vaga</i>	79	9,3
<i>Referenciado por outras unidades para aquisição/administração de medicamentos</i>	12	1,4
<i>Referenciado por outras unidades para realização de exames complementares</i>	2	0,2
<i>Confiança/Credibilidade na assistência prestada pelo hospital</i>	333	39,0
<i>Única opção identificada pelo usuário</i>	85	10,0
<i>Atendimento rápido</i>	19	2,2
<i>Transferência (SAMU, TFD, por terceiros, outros)</i>	14	1,6
<i>Trouxe paciente e se consultou</i>	2	0,2
<i>Parentes que trabalham no hospital</i>	2	0,2
<i>Dificuldade financeira</i>	10	1,2



<i>Devido à urgência do caso</i>	3	0,4
<b>Intervalo de tempo entre a identificação da demanda e a procura ao hospital</b>		
<i>Até 12 horas</i>	156	18,3
<i>1-3 dias</i>	379	44,4
<i>4-29 dias</i>	227	26,6
<i>&gt; 29 dias</i>	71	8,3
<i>Não soube responder</i>	20	2,3
<b>Hospital como primeira unidade de saúde demandada para solucionar o problema de saúde.</b>		
<i>Sim</i>	658	77,1
<i>Não</i>	195	22,9

Quanto aos usuários que buscaram outras unidades anteriormente ao hospital estudado, expressiva maioria (99,4%) indicou ter recorrido à apenas 1 serviço de saúde. Considerando o último atendimento demandado, verificou-se que este predominantemente aconteceu em Unidades de Saúde da Família (97,4%); localizadas no município de residência do usuário (82,6%). Destes entrevistados, 85,1% indicaram terem sido atendidos e 75,4% relataram a consulta médica como a primeira assistência recebida. Ainda no conjunto de usuários atendidos, 57,2% indicaram não ter recebido encaminhamento formal (do profissional saúde e por escrito) para outra unidade de referência. Analisando os indivíduos que foram referenciados, 78,9% apontaram o hospital avaliado como a unidade de referência indicada pelos profissionais (Tabela 3).

Destacaram-se também, na Tabela 3, as razões para o não atendimento dos usuários. Em meio aos motivos mencionados, os aspectos relacionados aos profissionais de saúde cabem destaque, visto que para 65,5% dos usuários não havia profissional na unidade de saúde. E ainda, igual proporção de 3,4% dos entrevistados relatou que ao procurar assistência não foi atendido por não haver programação para consulta médica de adultos ou o atendimento de enfermagem ser exclusivo para crianças. Ademais, para 13,8% dos sujeitos não foi disponibilizado vaga, assim como cabe considerar aspectos como a ausência de assistência às urgências na Unidade de Saúde (6,9%) e a desistência do atendimento devido à falta de respeito da equipe de saúde para com o usuário (6,9%).

**Tabela 3 - Itinerário da população de estudo<sup>1</sup> até a chegada aos hospitais regionais de Pernambuco avaliados, considerando a trajetória de contatos até a chegada aos hospitais regionais de Pernambuco avaliados.**

<b>Características</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
<b>Quantidade de unidades de saúde demandadas até chegar ao hospital (n=195)</b>		
<i>1</i>	194	99,5
<i>2</i>	60	30,8
<i>3</i>	4	2,1
<i>4</i>	1	0,5
<b>Última unidade de saúde demandada (n=195)</b>		
<i>Unidade de saúde da família</i>	190	97,4
<i>Centro de saúde</i>	4	2,1
<i>Este hospital</i>	1	0,5
<b>Localização geográfica da unidade de saúde (n=195)</b>		
<i>Município de residência do usuário</i>	161	82,6
<i>Outros municípios</i>	34	17,4
<b>Realização de assistência à saúde (n=195)</b>		
<i>Sim</i>	166	85,1
<i>Não</i>	29	14,9
<b>Tipo de assistência à saúde recebida na última unidade de saúde demandada (n=191<sup>2</sup>)</b>		
<i>Visita domiciliar do A.C.S.</i>	6	3,1
<i>Visita domiciliar do enfermeiro</i>	9	4,7
<i>Internamento</i>	6	3,1
<i>Consulta médica</i>	144	75,4
<i>Consulta de enfermagem</i>	6	3,1
<i>Realização de exames diagnósticos</i>	10	5,2
<i>Aplicação de medicamentos ou vacinação</i>	6	3,1
<i>Outros (sutura, observação)</i>	4	2,1
<b>Entre os usuários atendidos, referência formal para unidade de saúde de referência (n=166)</b>		
<i>Sim</i>	71	42,8
<i>Não</i>	95	57,2
<b>Entre os usuários atendidos e referenciados, tipo de unidade de saúde de referência (n=71)</b>		
<i>Hospital regional avaliado</i>	56	78,9
<i>Outro hospital</i>	1	1,4
<i>Policlínica</i>	1	1,4
<i>Clínica privada</i>	1	1,4
<i>Laboratório para realização de exames complementares</i>	4	5,6
<i>Não soube responder</i>	8	11,3
<b>Entre os usuários não atendidos, razão para o não atendimento (n=29<sup>**</sup>)</b>		
<i>Unidade de saúde estava fechada</i>	1	3,5
<i>Ausência de vaga</i>	4	13,8
<i>Desistência devido ao tempo de espera</i>	1	3,5
<i>Ausência de profissional de saúde</i>	19	65,5
<i>Dia não programado para a assistência ao adulto na USF</i>	1	3,5

<i>Atendimento de enfermagem exclusivo para crianças</i>	1	3,5
<i>Ausência de assistência às urgências na Unidade de Saúde</i>	2	6,9
<i>Desistência devido à ausência de respeito da equipe de saúde para com o usuário</i>	2	6,9
<i>Ausência de funcionamento de equipamentos</i>	1	3,5
<i>Ausência de medicamento na unidade</i>	1	3,5
<i>Informação recebida pelo usuário de que apenas o hospital iria solucionar o caso</i>	1	3,5

<sup>1</sup> Considerou-se apenas os usuários que não utilizaram o hospital avaliado como primeira opção para solucionar o problema de saúde (n=195).

<sup>2</sup> Possibilidade de mais de uma resposta por entrevistado.

Ao caracterizar possíveis obstáculos enfrentados pelos usuários até a chegada aos hospitais regionais, pode-se observar que o meio de transporte utilizado se concentrou entre veículos dependentes da iniciativa dos usuários, tais como: transporte próprio, de conhecido ou familiar (20,9%); transporte informal custeado pelo usuário (lotação) (16,6%); ônibus (13,6%); além de 12,9% dos entrevistados terem sido representados por pedestres. Por outro lado, o transporte dos usuários decorrente da responsabilidade de outros serviços de saúde foi mencionado por somente 14,1% que utilizaram o carro da unidade de saúde e por 9,4% e 1,8%, que, respectivamente, utilizaram o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ou a ambulância da prefeitura (Tabela 4).

A despeito do transporte utilizado, a maioria dos usuários chegou ao hospital em até 30 minutos (64,1%) ou no intervalo de 31-60 minutos (20,6%) entre a procura e a chegada à unidade de saúde avaliada. Igualmente o tempo de espera para o atendimento agrupou-se principalmente em até 30 minutos (53,7%) e entre 31-60 minutos (16,9%), segundo apresentado na tabela 4.

**Tabela 4 Barreiras e/ou obstáculos identificados pelos usuários até a chegada aos hospitais regionais de Pernambuco avaliados.**

<b>Características</b>	<b>(N=853)</b>	<b>%</b>
<b>Meio de transporte utilizado</b>		
<i>SAMU</i>	16	1,9
<i>Ambulância da prefeitura</i>	80	9,4
<i>Carro da unidade de saúde</i>	121	14,2
<i>Ônibus</i>	116	13,6
<i>Transporte informal custeado pelo usuário (lotação).</i>	142	16,7
<i>Táxi</i>	90	10,6
<i>Transporte próprio, de conhecido ou familiar.</i>	178	20,9
<i>Pedestre</i>	110	12,9
<b>Intervalo de tempo entre a procura e a chegada ao hospital (em minutos)</b>		
<i>Até 30</i>	547	64,1
<i>31-60</i>	176	20,6
<i>&gt; 60</i>	97	11,4
<i>Não soube responder</i>	33	3,9
<b>Intervalo de tempo de espera para o atendimento (em minutos)</b>		
<i>Até 30</i>	458	53,7
<i>31-60</i>	144	16,9
<i>&gt; 60</i>	213	25,0
<i>Não soube responder</i>	38	4,5

Já quanto aos possíveis problemas identificados pelos usuários, no itinerário e na assistência prestada no hospital, identifica-se na Tabela 5, que, segundo os entrevistados, itens como o profissional não resolver o problema de saúde (59,0 %), o hospital ser muito distante da residência (58,5%) e a demora para o atendimento (58,5%) representaram percentualmente os maiores problemas. No entanto, outras queixas foram mencionadas com percentuais semelhantes aos anteriormente indicados. Tais como: necessidade de pagar transporte para chegar ao hospital (53,7%); necessidade de comprar remédios (55,3%); necessidade de pagar para fazer exames complementares (52,4%).

**Tabela 5 Problemas identificados pelos usuários, considerando o itinerário e a assistência prestada nos hospitais regionais de Pernambuco avaliados.**

Problemas	Sim		Não		Não soube Responder	
	n.	%	n.	%	n.	%
<i>Necessidade de pagar transporte para chegar ao hospital</i>	458	53,7	394	46,2	1	0,1
<i>O hospital ser muito distante da residência do usuário</i>	499	58,5	353	41,4	1	0,1
<i>A demora em ser atendido</i>	499	58,5	348	40,8	6	0,7
<i>Necessidade de pagar para fazer exames complementares</i>	447	52,4	405	47,5	1	0,1
<i>Necessidade de comprar remédios</i>	472	55,3	380	44,6	1	0,1
<i>O profissional não resolver o seu problema</i>	503	59,0	346	40,6	4	0,5
<i>Ter sido mal recebido ou terem faltado com o respeito</i>	472	55,3	377	44,2	4	0,5

## Discussão

Na realidade brasileira, a assistência às urgências/emergências em Redes de Saúde apresenta especificidades, sobretudo relacionadas ao incremento dos agravos por causas externas, à ampliação das unidades de pronto-atendimento, à municipalização da assistência à saúde, ao conflito de interesses entre prestadores (sejam públicos ou privados) e à pressão da população na demanda por tais serviços (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009). Com ênfase neste último aspecto, o presente estudo assumiu os usuários como eixo central, no intuito de evidenciar potencialidades e mazelas da trajetória de contato dos indivíduos com rede de cuidados até as unidades regionalizadas de urgência/emergência hospitalar.

A avaliação do itinerário percorrido pelos usuários apontou a confiança/credibilidade depositada nos hospitais como principal motivo para seleção das unidades avaliadas, concordando com outros estudos apresentados (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009; MOIMAZ et al. 2010), que também identificaram este aspecto como gerador de demanda e satisfação dos usuários para com o setor de urgência/emergência hospitalar. Este cenário pode ser fruto de vivências anteriores na busca por cuidados de saúde, sendo tais experiências possíveis corresponsáveis na formação da concepção de adoecimento, na procura por serviços de saúde e nas expectativas em relação às futuras intervenções (FAVORETO, 2006).

Ademais, a responsabilidade pela busca da assistência à saúde ainda está centrada no usuário, haja vista que a organização das linhas de cuidado ininterrupto e dos fluxos de referência e contra-referência assistencial ainda prevalecer no âmbito normativo (SILVA JÚNIOR, ALVES; ALVES, 2005) ou estar baseada em mecanismos de pactuação isolados de municípios e regiões com interesses nem sempre comuns (VENÂNCIO, 2011; MINAYO, DESLANDES, 2009). Estas questões também foram anunciadas neste estudo, pois pequena parcela dos entrevistados procurou o hospital devido ao encaminhamento formal de outras unidades de menor complexidade assistencial; bem como recorreram aos serviços hospitalares de urgência/emergência para aquisição ou administração de medicamentos e realização de exames complementares.

Na avaliação dos contatos prévios dos entrevistados com outros serviços de saúde observou-se, que embora tenha havido relativa demora entre a identificação da demanda e a procura por atendimento, expressiva maioria recorreu aos hospitais avaliados como primeira opção para solucionar seus problemas de saúde. Este quadro pode estar relacionado à origem da população abordada (sobretudo residentes do município sede da unidade hospitalar). Porém a concepção do setor de urgência/emergência como ambiente propício ao primeiro contato com unidades de saúde ainda está presente entre os usuários. Estes, frente aos recepcionistas e equipe de triagem, podem revelar sintomas reconhecidos como urgentes para serem mais rapidamente atendidos, ou procurar os hospitais com enfermidades reconhecidas como não urgentes, no intuito de ter seus problemas resolvidos (NEVES, 2006).

Entre os sujeitos que procuraram atendimento anteriormente aos hospitais regionais, a maioria apelou para apenas uma unidade, sendo consultados pelo médico em Unidades de Saúde da Família. Apesar disso, a chegada dos usuários aos setores de urgência/emergência com a mesma queixa pode significar o fracasso do tratamento oferecido ou a necessidade de atendimento devido ao esgotamento dos demais níveis de complexidade assistencial. Ainda cabe mencionar que as principais razões para o não atendimento no último serviço de saúde estiveram vinculadas à ausência de profissional e disponibilidade de vaga na última unidade procurada pelo usuário, corroborando com possíveis insuficiências na rede de cuidado.

Sob estes últimos achados, a presente avaliação se aproxima dos resultados de um estudo sobre as causas para consultas não urgentes em unidade de emergência pediátrica hospitalar na Argentina, que apontou a dificuldade para atendimento e resolutividade da atenção básica

como principal razão da demanda ao serviço de maior complexidade assistencial (VINELLI, 2011). Em estudo desenvolvido no município do Recife identificou-se que o pouco investimento na rede de atenção primária à saúde agrava a superlotação dos hospitais e o persistente déficit de leitos de emergência e de UTI, frente à grande demanda existente (MINAYO, DESLANDES, 2009).

Pondera-se ainda que a qualidade dos serviços de média complexidade é essencial para efetivação das Redes de Atenção do SUS, podendo também estar relacionado ao acesso e utilização dos serviços de urgência/emergência hospitalar. Este aspecto, embora não tenha sido destaque no presente estudo não deve ser desconsiderado. Nesta direção, observou-se na avaliação realizada em municípios paulistas que o acesso às unidades especializadas ainda é um obstáculo para a garantia da integralidade, sendo necessária a articulação de políticas, com vistas à integração dos serviços, de modo a refletir na qualidade da atenção oferecida e percebida pela população (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Considerando as barreiras identificadas no itinerário e utilização dos serviços de urgência/emergência, o deslocamento dos usuários até os hospitais foi predominantemente custeado pelo indivíduo. Cabe ressaltar em estudo realizado por Minayo & Deslandes (2008) a implantação do SAMU foi avaliada como positiva em Recife, com destaque para a articulação deste dispositivo e as demais unidades de saúde por intermédio da central de regulação. Entretanto, no presente estudo a abordagem aos hospitais regionais localizados no interior pernambucano apontou que a utilização deste recurso foi responsável pela condução de poucos entrevistados. Estes fatos podem significar demanda espontânea do usuário ao serviço, situações de saúde não urgentes ou estar relacionada ao fato da maioria dos entrevistados residirem no município do hospital ou em cidades adjacentes.

Não obstante o meio de transporte utilizado, o intervalo de tempo para chegada ao hospital e posterior atendimento – ambos relevantes em casos de urgência/emergência – se concentraram em até 30 minutos para a maior parcela dos entrevistados. É pertinente ressaltar, entretanto, que o *Committee on Trauma of American College of Surgeons* aponta vinte minutos como prazo ideal para atendimento às situações graves, considerando o risco de morte atribuído aos mesmos (BITENCOURT; HORTALLE, 2009).



Ainda entre os aspectos dificultadores do acesso e uso das unidades estudadas, todos os pontos elencados foram considerados problema para a maioria da população, não havendo relevante divergência percentual entre os itens. A resolutividade dos casos; a distância entre a unidade e o hospital; e a demora para o atendimento apresentaram as maiores proporções. Quanto às barreiras financeiras (necessidade de pagar transporte, comprar remédios e para fazer exames complementares), além de estas terem sido apontadas como dificuldade nesta avaliação, são preocupantes, frente ao perfil dos entrevistados com destaque para indivíduos com nível de renda familiar mensal de até um salário mínimo. Tais aspectos corroboram com revisão da literatura apresentada por Vargas-Lorenzo, Vázquez-Navarrete, Mogollón-Pérez (2012) sobre a utilização dos serviços de saúde colombianos. Estes autores apontam que o status socioeconômico e o local de residência são importantes fontes de desigualdades no acesso, ressaltando que a barreira econômica ainda figura entre as principais causas para a não utilização naquele país.

No presente estudo, o caminho percorrido pelo usuário chama atenção para o protagonismo dos setores de urgência/emergência avaliados perante a população da região; para as possíveis fragilidades nos atendimentos prévios; e para a responsabilização do indivíduo na tomada de decisão sobre a identificação e resolução dos seus problemas de saúde. Sugere ainda a interrelação entre os determinantes do acesso, tal como modelo proposto por Andersen (1995). Os fatores predisponentes (relacionados ao perfil socio-econômico do usuário) e aqueles condicionantes (relativos à oferta de serviços e a distância entre a residência do usuário e as unidades de saúde) puderam ser identificados.

Neste sentido, evidencia-se que as conquistas legais e normativas em torno da implantação de redes de atenção às urgências/emergências, que visem à ampliação do acesso aos serviços de saúde, devem ser mais respeitadas para fazer valer os preceitos constitucionais do Sistema de Saúde Brasileiro. Tais esforços, entretanto, perderão credibilidade e aceitabilidade, caso não seja considerada a percepção do usuário no planejamento e execução dos serviços.

## **Referências**

ANDERSEN, R.M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995.v. 36 (March): 1-10.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.7, 2009: 1439-1454.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS. Dispõe sobre a Regionalização da assistência à saúde, aprofundando a descentralização com equidade no acesso. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> (acessado em 19/Jan/2008).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 250, p. 176, dez. 2010. Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (CONASS, 2009). O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. 67 p. (CONASS Documenta; 19)

CONTANDRIOPOULOS, A-P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira A. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 29-46.

DONABEDIAN, A. *Exploration in quality assesment and monitoring*. Volume II. The criteria and Standards of quality. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982, 505p.

FAVORETO, C. A. O. F. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas sobre saberes e práticas. 185-203p. In: *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Org: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006: 2006. 484p. ISBN: 85-89737-32-2.

FELISBERTO E *et al.* Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(6):1079-1095, jun, 2010.

FELISBERTO E *et al.* Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(9):2091-2102, set, 2008.

FREIRE, P. *Pedagogy of freedom: ethics, democracy and civic courage*. Maryland: Rowman and Littlefield, 1998.

GOMES, A. P. *et al.* A formação médica: revisitando Paulo Freire. *Revista Digital de Educação Permanente em Saúde*, v. 1, p. 236, 2004.

HARTZ, Z M. A.; SANTOS, E. M.; MATILDA, A. H. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; VIERA DA SILVA, L. M. (Org.). *Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 325-340.

HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em meta-avaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 733-738, 2006.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. 2011. 549 p.

MINAYO, M. C. DE S., DESLANDES S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n.5, 2009: 1641-1649.

MINAYO, M. C. DE S., DESLANDES S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad. Saúde*, v. 24, n. 8, 2008: 1877-1886.

MOIMAZ, S. A. S. *et al* . Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 19 jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>.

NEVES, C. A. B.. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2006: 691-693.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P. de; SETA, M. H. de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, 2009: 1413-8123.

PINHEIRO, R., SILVA JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009, p. 37-52.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008, p. 17-41.

SANTOS FILHO, S. B. *Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas*. Ijuí: Edunijui, 2009, 271p.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Plano Diretor de Regionalização - PDR SUS/PE. [http://www.saude.pe.gov.br/site/regionalizacao/InstrumentosdePlanejamento/pdr\\_completo\\_pe.pdf](http://www.saude.pe.gov.br/site/regionalizacao/InstrumentosdePlanejamento/pdr_completo_pe.pdf) (acessado em 23/Jul/2008).

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A.; ALVES, M.G.M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R. ALVES, R.A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2005. P. 77-89.

TEIXEIRA, C. F. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites (Debate sobre o artigo de FELISBERTO, E). *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 572-574, 2006.

TEXEIRA, S. M. F. O SUS e a estratégia de regionalização da Norma Operacional de atenção à saúde (Noas): interdependência municipal, territorialização e planejamento integrado. (p. 111-147). In: Teixeira, S.M.F. *Gestão de Redes: a estratégia da regionalização da política de saúde*. Org: Fleury, S. Ouverney, A.S. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 204 p.

VARGAS-LORENZO I.; VÁZQUEZ-NAVARRETE M. L.; MOGOLLÓN-PÉREZ A. S. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev. salud pública*. v. 12, n. 5: 701-712.

VENANCIO, S. I. *et al.* Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011, vol.16, n.9, 2011: 3951-3964.

VINELLI, N. F. et al . Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico. *Arch. argent. pediatr.*, Buenos Aires, v. 109, n. 1, 2011: 8-13.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os componentes do **Modelo Teórico da Avaliação da Assistência às Urgências e Emergências nos Hospitais Regionais de Pernambuco** (oferta, qualidade técnica do cuidado e trajetória de contatos dos usuários), foram abordados nos resultados e debates da coletânea de artigos que compõem esta Tese, respondendo os quatro objetivos específicos propostos. O conjunto de métodos utilizados nos referidos artigos foram adequados e suficientes para abarcar a intenção das respectivas pesquisas avaliativas. É necessária, porém, uma discussão articulada entre os manuscritos, no intuito de responder ao objetivo geral deste estudo, com foco na contribuição científica a respeito do tema em questão: regionalização da assistência às urgências e emergência, sob a vertente do acesso aos hospitais de referência regional de Pernambuco.

Pôde-se observar uma relação e interdependência entre os três componentes, e que os mesmos são determinantes da utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar em âmbito regional, e para o cumprimento da função dos hospitais regionais, que é: *A assistência aos casos mais graves de urgência e emergência da população adscrita, com efetividade e resolutividade*. Entretanto, cabe ponderar que a visão dos atores abordados (gestores, profissionais e usuários) possivelmente sofreu influência das atribuições e dos interesses individuais e/ou coletivos que os grupos abordados têm para com os hospitais regionais avaliados. Mesmo considerando esta possibilidade, no que se refere aos questionamentos solicitados aos três grupos entrevistados, ficou evidente a convergência e complementaridade entre as respostas. Este fato enriqueceu a validade individual dos artigos apresentados, reforçando ainda as conclusões a seguir apresentadas.

A constatação de que os hospitais avaliados são o eixo central da rede de saúde loco-regional foi observada nos três artigos. Nestes manuscritos, destacam-se as possíveis fragilidades na conformação e gestão das unidades de saúde na região em todos os níveis de complexidade assistencial. Este resultado pode ser fruto da persistente vigência do modelo hospitalocêntrico, na conformação da Rede de Saúde, mas também está estabelecido na atitude dos profissionais de saúde e usuários, diante da necessidade de resolução dos problemas de saúde e/ou nas ações de referência e contra-referência assistencial.

Conforme a visão dos gestores abordados a atenção às urgências/emergências se caracterizou predominantemente pela oferta de serviços clínicos e cirúrgicos de baixa complexidade assistencial, com a realização de procedimentos como partos de baixo risco, apendicectomias e cuidados aos pequenos ferimentos. *À priori*, esta constatação pode evidenciar apenas uma fragilidade dos hospitais avaliados, que não estariam em conformidade com o Modelo Estadual de Regionalização, e com a missão colocada aos mesmos. Entretanto, são também indícios que os profissionais de serviços de menor complexidade assistencial têm ainda os hospitais regionais como primeira referência para a assistência aos casos clínicos e/ou cirúrgicos, que deveriam ter resolutividade em unidades básicas e especializadas.

Diante deste quadro, a população frequentemente recorre aos hospitais para resolver seus problemas de saúde, principalmente por demanda espontânea. Os setores de urgência/emergência avaliados se destacaram como a primeira opção de unidade de saúde selecionada pela maioria dos usuários entrevistados. Em decorrência, estas unidades passam a se configurar como “*porta de entrada do sistema de saúde*”, sendo este considerado um problema para a prestação da assistência à urgência/emergência na opinião da maioria dos profissionais abordados. É pertinente, porém, a ponderação de que os hospitais regionais poderão ser a primeira opção de atendimento para os episódios de urgência/emergência, independente da complexidade assistencial dos mesmos, em qualquer momento e de acordo com a necessidade da população. Porém, esta condição de unidades de primeiro contato dos usuários com os serviços deverá ser restrita aos casos de média e alta complexidade assistencial, sendo os demais referenciados formalmente para unidades de saúde adequadas, em respeito à hierarquização da rede de serviços. Para que este dever seja cumprido e para que a posterior integração entre os serviços de saúde seja efetivamente estabelecida, surge a necessidade de fortalecimento estrutural e da gestão dos equipamentos que compõem as Redes Assistenciais de Saúde. Exalta ainda o imperativo de destacar os mecanismos e dispositivos de regulação no âmbito regional (como as centrais de regulação) e os ambientes pré-hospitalares: unidades de pronto-atendimento, serviços ambulatoriais especializados e unidades básicas de saúde.

A despeito deste protagonismo regional, os hospitais avaliados demonstraram fragilidades estruturais e do processo de trabalho, tendo como consequência direta a limitação da complexidade assistencial dos serviços ofertados (conforme anteriormente exposto). As unidades investigadas se concentram na assistência aos casos de urgência em detrimento das

situações de emergência hospitalar, cujo risco de morte é eminente. Ademais, a carência de profissionais especializados e em quantidade suficiente pôde ser fortemente destacada. Esta situação ficou mais evidente na avaliação do grau de implantação das unidades microrregionais, que apresentaram maiores limitações na subdimensão recursos humanos. Neste sentido, a situação das regiões avaliadas pode ser considerada preocupante, uma vez que os hospitais regionais, que deveriam ser a principal referência assistencial, se encontram com importantes deficiências.

Em contraponto às limitações apresentadas, a avaliação do itinerário dos usuários às unidades avaliadas ressaltou a credibilidade dos mesmos na assistência prestada pelo hospital. Considerando que a confiança dos indivíduos no atendimento recebido está na dependência de aspectos de ordem estrutural (recursos humanos e materiais, estrutura organizações) de natureza relativa ao processo de trabalho; é pertinente questionar que diante da deficiente implantação do setor de urgência/emergência dos hospitais avaliados; há forte possibilidade de maior fragilidade dos serviços de saúde nas unidades básicas e de nível secundário.

Constatou-se, nesta conjuntura, que a garantia do acesso aos serviços de urgência e emergência hospitalar esteve comprometida em função de diversos aspectos. Destacam-se entre estes, as fragilidades de ordem interna aos ambientes avaliados, mas também sofreu forte influência das debilidades observadas no percurso dos usuários até a assistência hospitalar. Este último aspecto esteve relacionado ao contato dos indivíduos com serviços de menor complexidade assistencial, que também devem ser resolutivos para a garantia de universalidade e integralidade, conforme proposto pela Política de Saúde Brasileira.

Neste escopo, a implementação da regionalização da assistência à saúde é um importante desafio para o SUS, sobretudo quando envolve equipamentos de elevada complexidade e demanda como são os serviços de urgência/emergência hospitalar. Surge nestes casos a necessidade de articulação e instalação de ambientes regionais, com agregação de atores (gestores, prestadores de serviços, trabalhadores e população) e das variadas formas de gestão vigentes em estados e municípios. Estes deverão passar a ter um objetivo comum para o fortalecimento da região, quer seja: intramunicipal, intermunicipal, intraestadual, interestadual e/ou em regiões de fronteira internacional.

O presente estudo, ao apontar para as limitações dos hospitais regionais, principalmente dos referentes às regiões interioranas, está em consonância com os recentes avanços das normas e da execução em torno da conformação de Redes de Saúde relacionadas às urgências e



emergências. Da mesma forma, corrobora com as mudanças propostas pela gestão estadual, que está implantando desde 2009, por meio do Plano de Regionalização da Saúde, Hospitais de Referência Regional no entorno da Região Metropolitana do Recife, Unidades de Pronto-Atendimento; assim como previu a reestruturação das Unidades Hospitalares Regionais do interior do estado. Cresce, portanto, a necessidade de planejamento regional e de institucionalização da avaliação desses serviços em todos os níveis de atenção e gestão, com implantação de sistemas de avaliação participativos, que tragam respostas válidas e oportunas às necessidades da gestão pública. Assim sendo, ampliam-se as perspectivas de reconhecimento das potencialidades e fragilidades dos novos modelos assistenciais, bem como a sua adequação às prioridades e perfis de saúde específicos das comunidades regionais. Ademais, os novos fatos e configurações indicam a necessidade de continuação e desenvolvimento de novas pesquisas avaliativas, no sentido de debater, aprimorar e aperfeiçoar o atual modelo de regionalização da assistência de Pernambuco proposto e em vigor após a condução deste estudo.

## REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? **Journal of Health and Social Behavior**, Los Angeles, v. 36, p. 1-10, Mar. 1995.
- ARRETCHE, T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.14, n. 40, p. 111-141, 1999.
- 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 e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 1413-8123, 2007.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Da ordem social. In:\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18056-18059.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro, 2001a.
- BRASIL. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Brasília,DF, 2001b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf)>. Acesso em: 8 out. 2012.
- BRASIL. **Portaria nº 2048**, de 05 novembro de 2002. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://www.emergenciaonline.com/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2565:portaria-no-2048gm-de-5-de-novembro-de-2002&catid=29:legislacao&Itemid=2](http://www.emergenciaonline.com/site/index.php?option=com_content&view=article&id=2565:portaria-no-2048gm-de-5-de-novembro-de-2002&catid=29:legislacao&Itemid=2)>. Acesso em: 8 out 2012>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de reorganização da atenção às urgências e emergências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 9 out 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2468**, de 13 de outubro de 2006. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2468.htm>. Acesso em: 9 out 2012.
- BRASIL. **Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde - Qualisus**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id\\_area=408](http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id_area=408). Acesso em: 7 9 2009.
- BRASIL. **Portaria n. 2.922**, 2 de dezembro de 2008. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-2922.htm>>. Acesso em: 24 09 2009.

CARVALHO, E. M. F.; CESSE, E. A. P.; MACHADO, H. de O. P. Fatores Limitantes e facilitadores de mudança nas organizações de saúde do SUS. In: FREESE, E. (Org.) **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. **Cidade: Édition École Nationale de la Santé Publique**, 1995.

CHAMPAGNE, F. et al. L'évaluation dans le domaine de la Santé: concepts et methods. In: BROUSSELLE, A. et al. **L'évaluation: concepts et methods**. Montréal : Les Press de l'Université de Montréal, 2009. p. 23-34.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 260, n.12, p.1743-1748, Sep., 1988.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRENK, J. El Concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publica**, Ciudad del Mexico v.27, n.1, p. 438-53, 1985.

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

HEIMANN, L. S. et al. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; São Paulo: Hucitec, 2000.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L .G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n<sup>o</sup>1, p. 231-239, jan/mar. 2000.

LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, São Paulo, v. 14, n. 45, p. 75-156, 1996.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **A regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção**. Cuiabá, 2002.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 369-383.

MENDES, A.C. G; et al. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 231-239. 2009.

- MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- MONGOLLON-PEREZ, A.S; VÁZQUEZ, M.L. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 n°4, abr., p. 745-754. 2008
- PEREIRA, M. G. Qualidade dos serviços de saúde. In: PEREIRA, M.G. (org.). **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 538-60.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **A Gestão: responsabilidades**. Recife, 1998.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco**. [Recife], 2001.
- PENCHANSKY, D. B. A. R.; THOMAS, W. The Concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.
- PINEAULT, R.; DAVELUY, C. Les indicateurs d'utilisation des services de santé. In: PINEAULT, R.; DAVELUY, C. (Org.). **La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies**. Montréal: Agence d'Arc, 1986. p. 191-202.
- SOUZA, R. L. S. P. Desigualdade no acesso aos serviços de saúde no estado da Bahia a partir dos dados da PNAD/2003. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v.16, n.2, p. 231-242, set. 2006.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, suppl.2, p. S190-S198. 2004
- VIANA, A. L. A.; FAUSTO, M. C. R; LIMA, L. D. Política e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n.1, p. 58-68 , jan./mar. 2003.
- VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 17-24, 1991.

**APÊNDICE A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES (CEP/CPQAM).**

 Centro de Pesquisas <b>AGGEU MAGALHÃES</b>	 FIOCRUZ Ministério da Saúde
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CPqAM/FIOCRUZ</b>	
<p><b>Título do Projeto:</b> "Análise da relação oferta e demanda aos serviços de saúde dos hospitais regionais de Pernambuco."</p> <p><b>Pesquisador responsável:</b> Luciana Santos Dubeux</p> <p><b>Instituição onde se realizará o projeto:</b> CPqAM/FIOCRUZ-NESC</p> <p><b>Data de apresentação ao CEP:</b> 21/10/2005</p> <p><b>Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:</b> 43/05</p> <p><b>Registro no CAEE:</b> 0740.0.095.000-05</p>	
<b>PARECER</b>	
<p>O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, resolução CNS 196/96, e complementares.</p> <p>O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP, bem como o modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE apresentado. Este parecer tem validade até 05 de dezembro de 2008 e em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.</p>	
Recife, 05 de dezembro de 2005	
	
	
<p><i>Observação:</i>          Qualquer modificação realizada no projeto final aprovado e não submetida à nova avaliação deste Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CPqAM), o pesquisador-responsável estará assumindo total responsabilidade pelo descumprimento da Resolução N° 196/96 vigente, que trata do assunto Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e demais códigos Cíveis e Penais que garantam a proteção à vida humana e à cidadania daqueles que se sentirem lesados em quaisquer um de seus direitos.</p>	
<small>           Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n - Cx. Postal 7472 - Fone: 0XX81 3012500 - Fax: 0XX81 4531911 - CEP: 50670-420            Recife - PE - Brasil - <a href="http://www.cpqam.fiocruz.br">http://www.cpqam.fiocruz.br</a> </small>	

**APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO,  
UTILIZADO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA COM OS GESTORES DOS  
HOSPITAIS REGIONAIS DE PERNAMBUCO.**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Relação Oferta e Demanda aos Serviços de Saúde dos Hospitais Regionais de Pernambuco

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

N.º Registro CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 43/05

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa com o título “Análise da relação Oferta e Demanda aos Serviços de Saúde dos Hospitais Regionais de Pernambuco”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana Santos Dubeux. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre a mesma e sobre o seu papel enquanto participante.

Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar a oferta e a demanda aos serviços de saúde dos hospitais regionais, considerando os municípios que compõem as regionais de saúde do estado.

Os procedimentos que serão utilizados na coleta de dados incluem entrevistas e observação da rotina de trabalho nos hospitais regionais, portanto envolvem riscos mínimos. No entanto, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com essa Instituição.

O conhecimento dos resultados do seu desempenho nas tarefas poderá ser obtido através do contato pessoal com a pesquisadora responsável pela pesquisa e, caso seja do seu interesse, os resultados da pesquisa em geral serão publicados, sob a forma de dissertação. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

---

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, haja vista que uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

---

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado.

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Endereço da pesquisadora:** Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE  
Telefone: 34266510.

**APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO,  
UTILIZADO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA COM OS MÉDICOS E  
ENFERMEIROS DOS HOSPITAIS REGIONAIS DE PERNAMBUCO.**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Relação Oferta e Demanda aos Serviços de Saúde dos Hospitais Regionais de Pernambuco

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

N.º Registro CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 43/05

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa com o título “Relação Oferta e Demanda aos Serviços de Saúde dos Hospitais Regionais de Pernambuco”, realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, sob a coordenação do pesquisador Eduardo Maia Freese de Carvalho.

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar o atendimento às urgências e emergências neste hospital, considerando a oferta, o acesso e a qualidade dos serviços especializados.

Os hospitais serão avaliados considerando os seguintes níveis de análise: um primeiro apoiado nas entrevistas realizadas com médicos e enfermeiros do setor de urgência/emergência para caracterização das dimensões estruturais e do processo de trabalho; um segundo, apoiado nos usuários, através da realização de entrevistas para descrever a trajetória de contatos com os serviços de saúde até os hospitais e verificar as dificuldades/ obstáculos para a assistência às urgências/emergências; um terceiro nível, tomando para análise os prontuários médicos para relacionar o perfil de morbidade com o nível de complexidade e missão dos hospitais.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá mediante a realização de entrevista com a garantia de sigilo das informações prestadas. Os riscos relacionados com sua participação podem ser constrangimento perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com essa Instituição. Os benefícios relacionados a sua participação são: contribuir para o conhecimento da implantação do setor de urgência/emergência deste hospital.

O conhecimento dos resultados do seu desempenho nas tarefas poderá ser obtido através do relatório final da pesquisa onde os resultados serão publicados. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

---

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, haja vista que uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

---

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado.

Assinatura do pesquisador de campo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:**

**Coordenador da Pesquisa:** Eduardo Maia Freese de Carvalho.

**Endereço:** Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

**Email:** [freese@cpqqam.fiocruz.br](mailto:freese@cpqqam.fiocruz.br)

**Telefone:** (81) 2102 - 2609

**APENDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO,  
UTILIZADO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DOS  
HOSPITAIS REGIONAIS DE PERNAMBUCO.**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Relação Oferta e Demanda aos Serviços de Saúde dos Hospitais Regionais de Pernambuco

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

N.º Registro CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 43/05

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa com o título “Relação Oferta e Demanda aos Serviços de Saúde dos Hospitais Regionais de Pernambuco”, realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, sob a coordenação do pesquisador Eduardo Maia Freese de Carvalho.

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar o atendimento às urgências e emergências neste hospital, considerando a oferta, o acesso e a qualidade dos serviços especializados.

A sua contribuição na pesquisa será através de uma entrevista sobre os serviços de saúde que você procurou até chegar neste hospital e sobre as dificuldades que você teve nesse caminho. No entanto, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães ou para o seu atendimento neste hospital.

---

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, haja vista que uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

---

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado.

Assinatura do pesquisador de campo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:**

**Coordenador da Pesquisa:** Eduardo Maia Freese de Carvalho.

**Endereço:** Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

**Email:** [freese@cpqqam.fiocruz.br](mailto:freese@cpqqam.fiocruz.br)

**Telefone:** (81) 2102 - 2609



**APENDICE E - INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA COM DIRETORES E MÉDICOS DOS HOSPITAIS REGIONAIS DE PERNAMBUCO**

**Identificação da Unidade:**

Município sede \_\_\_\_\_

Nome do hospital \_\_\_\_\_

**Identificação do Entrevistado:**

Nome \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_ Formação \_\_\_\_\_

**SERVIÇOS ESPECIALIZADOS**

**1. O hospital presta assistência às urgências e emergências?**  sim  não

**Se SIM:**

**- O hospital realiza urgência e emergência clínica?**  sim  não

- Se SIM, cite os três procedimentos mais complexos e os menos complexos que são realizados:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**- O hospital realiza urgência e emergência traumática?**  sim  não

- Se SIM, cite os três procedimentos mais complexos e os menos complexos que são realizados:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**- O hospital realiza urgência e emergência pediátrica?**  sim  não

- Se SIM, cite os três procedimentos mais complexos e os menos complexos que são realizados:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**- O hospital realiza urgência e emergência cirúrgica?**  sim  não

- Caso realize urgência e emergência cirúrgica que especialidades são ofertadas?

Cirurgia Abdominal  sim  não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Cirurgia Traumatolo-ortopédica  sim  não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Cirurgia Pediátrica  sim  não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Cirurgia Torácica  sim  não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Cirurgia Neurológica  sim  não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

**2. O hospital presta assistência à gestante?**

Se SIM:  sim  não

Realiza pré-natal?  sim  não

Realiza ultra-sonografia obstétrica?  sim  não

Realiza parto normal?  sim  não

Realiza parto cesariana?  sim  não

Realiza assistência à gestante de alto risco?  sim  não

**3. O hospital realiza consultas ambulatoriais especializadas?**  sim  não

Se SIM, que especialidades são ofertadas? \_\_\_\_\_

**4. O hospital realiza ações odontológicas especializadas?**  sim  não

Se SIM:

- Realiza ações odontológicas clínicas?  sim  não

- Se SIM, que atividades são realizadas? \_\_\_\_\_

- Realiza ações odontológicas cirúrgicas?  sim  não

- Se SIM, que atividades são realizadas? \_\_\_\_\_

**5. O hospital dispõe de serviço de fisioterapia?**

**6. O hospital dispõe de laboratório de análises clínicas?**  sim  não

**7. O hospital oferece serviços de imagens?**  sim  não

Se SIM:

- Realiza radiografia simples?

- Realiza radiografia com contraste?

- sim  não
- sim  não
- Realiza tomografia computadorizada?  sim  não
- Realiza ressonância magnética?  sim  não

**8. O hospital realiza cirurgias eletivas?**

sim  não

**- Caso realize cirurgias eletivas, quais especialidades são ofertadas?**

- Cirurgia Torácica  sim  não  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_
- Cirurgia Abdominal  sim  não  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_
- Cirurgia Oftalmológica  sim  não  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_
- Cirurgia Otorrinolaringológica  sim  não  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_
- Cirurgia Neurológica  sim  não  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_
- Cirurgia Pediátrica  sim  não  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_
- Cirurgia Ginecológica  sim  não  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_
- Cirurgia Buco-maxilo-facial  sim  não  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_
- Outras: \_\_\_\_\_  sim  não  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_

**9. O hospital desenvolve atividades para controle da tuberculose?**

sim  não

**10. O hospital desenvolve atividades para controle da hipertensão arterial?**

sim  não

**11. O hospital desenvolve atividades para controle da hipertensão arterial?**

sim  não

**12. O hospital desenvolve atividades para a erradicação da hanseníase?**

sim  não

**13. O hospital dispõe de Unidade de Terapia Intensiva em funcionamento?**

sim  não

## LEITOS HOSPITALARES

14. O hospital dispõe de quantos leitos hospitalares em funcionamento? \_\_\_\_\_

15. O hospital dispõe de leitos de UTI:

- Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

sim  não

16. O hospital dispõe de leitos em  
Unidade de Recuperação (pós-cirúrgico)?

- Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

sim  não

17. O hospital dispõe de leitos para pré-parto?

- Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

sim  não

18. O hospital dispõe de leitos  
para doenças crônicas (cuidados prolongados)?

- Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

sim  não

## RECURSOS HUMANOS

19. Quais os profissionais especialistas que o hospital dispõe?

- Clínico geral

sim  não

Se SIM:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?

sim  não

- Otorrinolaringologista

sim  não

Se sim:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?

sim  não

- Oftalmologista

sim  não

Se SIM:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?

sim  não

- Vascular

sim  não

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?

sim  não

- Pediatra

sim  não

Se SIM:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?

sim  não

**- Neurologista**

Se SIM:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?

sim  não

sim  não

**- Cardiologista**

Se SIM:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?

sim  não

**- Ginecologista/obstetra**

Se SIM:

sim  não

sim  não

**Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?**

sim  não

**- Nefrologista**

Se SIM:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?

sim  não

sim  não

**- Psiquiatra**

Se SIM:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?

sim  não

sim  não

**- Pneumologista**

Se SIM:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?

sim  não

**- Oncologista**

Se SIM:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?

sim  não

**- Radiologista**

Se SIM:

sim  não

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?  sim  não

**- Cirurgião Geral**  sim  não

Se SIM:  
Quantos: \_\_\_\_\_

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?  sim  não

**- Cirurgião Pediátrico**  sim  não

Se SIM:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?  sim  não

**- Cirurgião buco-maxilo-facial**  sim  não

Se SIM:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?  sim  não

**- Neurocirurgião**  sim  não

Se SIM:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?  sim  não

**- Outros:** \_\_\_\_\_  sim  não

Se SIM:

Existe escala de profissionais para todos os dias da semana?  sim  não

## MECANISMOS DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

### 20. Os pacientes atendidos nesse hospital são procedentes principalmente:

- Dos municípios que compõem a Regional de Saúde que o hospital é referência
- Do município sede do hospital regional
- Outros: \_\_\_\_\_

### 21. Como ocorre o fluxo da demanda para esse hospital?

- Demanda espontânea
- Demanda organizada através de marcação de consultas no hospital
- Demanda referenciada através de encaminhamento formal
- Demanda referenciada através de encaminhamento por central de regulação

22. O hospital dispõe de mecanismos de referência assistencial?

sim  não

- Se SIM, para quais serviços especializados os pacientes necessitam ser encaminhados?

- Realização de exames laboratoriais  sim  não

Se SIM:

- Para que tipo de serviço:

- Serviços próprios do SUS
- Serviços privados contratados pelo SUS
- Serviços conveniados ao SUS
- Serviços privados

Para onde os pacientes são encaminhados?

- Recife
- Município sede do hospital regional
- Outros: \_\_\_\_\_

Como ocorre o encaminhamento?

- Por comunicação verbal do profissional
- Por encaminhamento escrito do profissional para outro serviço da rede assistencial
- Por encaminhamento escrito do profissional para uma referência formal

Que exames necessitam ser referenciados? \_\_\_\_\_

- Realização de exames de imagem  sim  não

Se SIM:

- Para que tipo de serviço:

- Serviços próprios do SUS
- Serviços privados contratados pelo SUS
- Serviços conveniados ao SUS
- Serviços privados

Para onde os pacientes são encaminhados?

- Recife
- Município sede do hospital regional
- Outros: \_\_\_\_\_

Como ocorre o encaminhamento?

- Por comunicação verbal do profissional
- Por encaminhamento escrito do profissional para outro serviço da rede assistencial
- Por encaminhamento escrito do profissional para uma referência formal

Que exames necessitam ser referenciados? \_\_\_\_\_

- Internação  sim  não

Se SIM:

- *Para que tipo de serviço:*

- Serviços próprios do SUS
- Serviços privados contratados pelo SUS
- Serviços conveniados ao SUS
- Serviços privados

*Para onde os pacientes são encaminhados?*

- Recife
- Município sede do hospital regional
- Outros: \_\_\_\_\_

*Como ocorre o encaminhamento?*

- Por comunicação verbal do profissional
- Por encaminhamento escrito do profissional para outro serviço da rede assistencial
- Por encaminhamento escrito do profissional para uma referência formal

- **Realização de consultas especializada**

Se SIM:

sim

não

- *Para que tipo de serviço:*

- Serviços próprios do SUS
- Serviços privados contratados pelo SUS
- Serviços conveniados ao SUS
- Serviços privados

*Para onde os pacientes são encaminhados?*

- Recife
- Município sede do hospital regional
- Outros: \_\_\_\_\_

*Como ocorre o encaminhamento?*

- Por comunicação verbal do profissional
- Por encaminhamento escrito do profissional para outro serviço da rede assistencial
- Por encaminhamento escrito do profissional para uma referência formal

*Que especialidades necessitam ser*

*referenciados?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **Realização de cirurgias especializadas**

Se SIM:

sim

não

- *Para que tipo de serviço:*

- Serviços próprios do SUS
- Serviços privados contratados pelo SUS
- Serviços conveniados ao SUS
- Serviços privados

*Para onde os pacientes são encaminhados?*

- Recife
- Município sede do hospital regional
- Outros: \_\_\_\_\_



*Como ocorre o encaminhamento?*

- Por comunicação verbal do profissional
- Por encaminhamento escrito do profissional para outro serviço da rede assistencial
- Por encaminhamento escrito do profissional para uma referência formal

*Que exames necessitam ser referenciados?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**23. O hospital realiza a contra-referência dos pacientes atenção básica?**

sim       não

- Se SIM, como?

- Por comunicação verbal do profissional
  - Por encaminhamento escrito do profissional
  - Se NÃO, por quê?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**24. O hospital oferta todos os serviços especializados que deveria?**

sim       não

Se NÃO:

- Quais as possíveis razões para que isso aconteça? \_\_\_\_\_
- Quais especialidades deveriam ser ofertadas? \_\_\_\_\_

**25. Existe a proposta de expansão de serviços especializados nesse hospital?**

sim       não

- Se SIM, quais?

\_\_\_\_\_

**26. Existe a proposta de expansão de leitos nesse hospital?**

sim       não

- Se SIM, quantos e de que tipo?

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE F - INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA PARA IDENTIFICAÇÃO DO  
GRAU DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
NOS HOSPITAIS REGIONAIS DE PERNAMBUCO**

**Identificação da Unidade:**

Município sede \_\_\_\_\_

Nome do hospital \_\_\_\_\_

**Identificação do Entrevistado:**

Nome \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_ Formação \_\_\_\_\_

**Estrutura**

1. (I) A unidade possui local exclusivo e com acesso independente destinado ao atendimento imediato?.....  sim  não
2. (I) A unidade possui dispositivos que permitam o acesso aos portadores de limitações físicas?.....  sim  não
3. (I) A unidade possui espaços diferenciados para consultas, procedimentos e área de observação individualizada?.....  sim  não
4. (I) A unidade possui centro cirúrgico?.....  sim  não
5. (R) A unidade possui centro obstétrico?.....  sim  não
6. (N) A unidade possui enfermarias para acomodação dos pacientes após procedimentos cirúrgicos?.....  sim  não
7. (I) A unidade possui locais para atendimento com condição de lavagem simples e anti-sepsia das mãos, ventilação e iluminação adequadas?.....  sim  não
8. (R) Existem na unidade normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis em relação ao serviço de urgência e emergência?.....  sim  não
9. (R) Existem na unidade normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis em relação ao controle da infecção hospitalar? .....  sim  não
10. (N) A unidade possui prontuário para cada paciente?.....  sim  não

11. (N) A unidade possui ficha própria para descrição de ato cirúrgico?.....  sim  não
12. (I) A unidade possui equipamentos básicos (como fonte de oxigênio, ventilação e iluminação) necessários para o atendimento imediato?..... sim  não
13. (I) A unidade possui medicamentos básicos necessários para o atendimento imediato?..... sim  não
14. (N) A unidade possui transporte para os casos mais graves?.....  sim  não
15. (N) Os profissionais que atuam em urgência e emergência compõem uma equipe multidisciplinar em tempo integral?..... sim  não

Equipe Multiprofissional (considerar “sim” caso todos os profissionais sejam citados)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médico clínico geral          | <input type="checkbox"/> Médico pediatra                 |
| <input type="checkbox"/> Médico ginecologista-obstetra | <input type="checkbox"/> Médico Neurologista             |
| <input type="checkbox"/> Médico cirurgião geral        | <input type="checkbox"/> Médico traumato-ortopedista     |
| <input type="checkbox"/> Médico anesthesiologista      | <input type="checkbox"/> Assistente social               |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro                    | <input type="checkbox"/> Técnico- auxiliar de enfermagem |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____                 |  |

16. (R) Os profissionais que atuam em urgência e emergência têm capacitação específica?..... sim  não
17. (N) A equipe de assistência esta dimensionada para prestar o atendimento de acordo com a quantidade de pacientes, com o grau de risco e necessidade de cuidados.....  sim  não
18. (R) A unidade possui enfermeiro intitulado responsável pelo corpo de enfermagem?..... sim  não
19. (R) A unidade possui médico especialista intitulado responsável técnico pela unidade?..... sim  não

### **PROCESSO**

20. (I) A unidade realiza atendimento imediato a pacientes em situação de sofrimento sem risco de perda da vida (urgência), durante 24 horas?..... sim  não
- Em que casos? (considerar “sim” caso todos os casos sejam citados)

Asma brônquica

Abdômen agudo

Epilepsia

Apendicite

21. (I) A unidade realiza atendimento imediato a pacientes em situação de sofrimento com risco de perda de vida (emergência), durante 24 horas?..... sim  não

Em que casos? (considerar “sim” caso todos os casos sejam citados)

Acidente Vascular Cerebral

Traumatismo torácico

Infarto Agudo do Miocárdio

Politraumatizado

Queimaduras graves

22. (N) A unidade faz triagem para atendimento nos casos sem risco de vida (urgência de baixa e média complexidade – considerar os mesmos casos clínicos e cirúrgicos do item 20)?..... sim  não

23. (I) A unidade oferece exames por imagem durante 24 horas?..... sim  não

Quais? (\* obrigatório para o hospital \*\* Pode ser realizado em outros serviços públicos/contratados)

Radiografia\*

Ressonância magnética\*\*

Endoscopia\*

Tomografia\*\*

Eletrocardiografia\*

Ultrassonografia\*\*

24. (I) A unidade oferece exames laboratoriais durante 24 horas?..... sim  não

Quais?

25. (R) A unidade tem banco de sangue próprio ou previamente pactuado? ..... sim  não

26. (N) A unidade oferece apoio terapêutico durante 24 horas?..... sim  não

27. (I) Os pacientes têm acesso imediato ao centro cirúrgico..... sim  não

28. (R) A unidade faz a higiene pessoal do paciente?..... sim  não

29. (R) A unidade presta atendimento social ao paciente e/ou acompanhante?.....  sim  não

30. (N) A unidade realiza procedimentos rotineiros de controle de infecção hospitalar?..... sim  não

31. (N) Existe rotina de acompanhamento/ evolução dos pacientes..... sim  não

32. (N) Após 24 horas de permanência na unidade de atendimento imediato, o paciente é liberado ou encaminhado para atendimento ambulatorial ou de internação..... sim  não

33. (R) Os profissionais seguem protocolos de urgência e emergência na prática diária?..... sim  não
34. (R) Os profissionais organizam grupos de trabalho para discussão de casos clínicos/cirúrgicos e para integração institucional?..... sim  não
35. (R) A unidade fornece refeição para o paciente, apresentando rotina de suporte nutricional?..... sim  não
36. (R) Na unidade os acompanhantes são informados sobre o estado geral do paciente assistido?..... sim  não
37. (N) A unidade encaminha os pacientes para Sala de Recuperação após procedimentos cirúrgicos?..... sim  não
38. (I) Se necessário, a unidade encaminha os pacientes para Unidade de Terapia Intensiva após procedimentos clínicos?..... sim  não
39. (I) Se necessário, a unidade encaminha os pacientes para Unidade de Terapia Intensiva após procedimentos cirúrgicos?..... sim  não
40. (N) A unidade possui retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxos e mecanismos de transferência claros?.....  sim  não
41. (N) A unidade realiza efetivamente os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada previamente pactuados?.....  sim  não
42. (N) A unidade é mediada por central de regulação, a fim de garantir encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade?..... sim  não
43. (R) A comunicação entre os médicos e as centrais de regulação ocorre efetivamente?..... sim  não
44. (R) Se necessário, ao término do atendimento no hospital os profissionais referenciam os pacientes para continuidade no tratamento, oferecendo informações na ficha de atendimento, tais como: avaliação clínica, diagnóstico, resultado dos exames realizados, condutas executadas e motivo da transferência?..... sim  não
45. (R) Ao término do atendimento no hospital os profissionais redirecionam os pacientes para a rede de atenção básica?..... sim  não

## APÊNDICE G - ACESSO À ASSISTÊNCIA ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NOS HOSPITAIS REGIONAIS DE PERNAMBUCO

### Identificação da Unidade:

Município sede \_\_\_\_\_

Nome do hospital \_\_\_\_\_

### Identificação do Entrevistado:

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Município de residência: \_\_\_\_\_

3. Idade: \_\_\_\_\_

4. Sexo:  masculino  feminino

5. Escolaridade:

analfabeto (não lê, não escreve)

ensino médio

ensino fundamental 1: 1ª a 4ª série

3º. Grau incompleto

ensino fundamental 2: 5ª a 8ª

6. Você trabalha com quê?

estudante

empregado: \_\_\_\_\_

desempregado: \_\_\_\_\_

7. Quantas pessoas moram na sua casa? \_\_\_\_\_

8. Juntando as pessoas que moram na sua casa e trabalham quanto elas ganham por mês?

até 1 salário mínimo

1 a 3 salários mínimos

3 a 5 salários mínimos

+ de 5 salários mínimos

9. Você paga algum plano de saúde?..... sim  não

10. Você está cadastrado em alguma unidade de saúde da família? ..... sim  não  não :

### A trajetória até o hospital:

11. Nos últimos três meses, você teve alguma doença?..... sim  não (SE NÃO, PULE P/ PERGUNTA 16)

12. Qual(is) foi(foram) a(s) doença(s)?

Problema 1: \_\_\_\_\_

Problema 2: \_\_\_\_\_

Problema 3: \_\_\_\_\_

13. Você procurou algum serviço de saúde para se tratar?  sim  não (SE NÃO PULE PARA PERGUNTA 14).

14. Qual foi o serviço de saúde?

Problema 1:

Unidade de Saúde da Família

Policlínica (Colocar o nome): \_\_\_\_\_

Hospital (Colocar o nome): \_\_\_\_\_

Problema 2:

Unidade de Saúde da Família

Policlínica (Colocar o nome): \_\_\_\_\_

Hospital (Colocar o nome): \_\_\_\_\_

Problema 3:

Unidade de Saúde da Família

Policlínica (Colocar o nome): \_\_\_\_\_

Hospital (Colocar o nome): \_\_\_\_\_

15. Por que não procurou o serviço?

Problema 1

C. Por quê?

não teve necessidade

fila para marcar consulta

falta de médico

o problema ocorreu à noite ou no final de semana

Outro motivo:.....

Problema 2

C. Por quê?

não teve necessidade

fila para marcar consulta

falta de médico

o problema ocorreu à noite ou no final de semana

Outro motivo:.....

Problema 3

C. Por quê?

não teve necessidade

fila para marcar consulta

falta de médico

o problema ocorreu à noite ou no final de semana

Outro motivo:.....

16. É a primeira vez que você procura a urgência/ emergência deste hospital?..... sim  não  
(SE SIM PULE PARA PERGUNTA 18)

17. Nos últimos três meses, quantas vezes você procurou a urgência/ emergência deste hospital? \_\_\_\_\_

18. Qual o problema de saúde que o trouxe agora à urgência/ emergência? (Especificar o sinal/ sintoma ou doença, identificando a localização. Confirmar diagnóstico através do prontuário de atendimento do paciente).

19. Por que você escolheu vir a este hospital?

- Porque o profissional do PSF orientou  
 Porque o profissional da policlínica orientou  
 Porque o profissional de outro hospital orientou  
 Pela proximidade com a minha casa  
 Pela indicação de outra pessoa  
 Porque tem conhecimento que o hospital pode resolver o seu problema de saúde  
 Outros: \_\_\_\_\_

20. Há quanto tempo você percebeu este problema de saúde?..... \_\_\_\_\_ dias  \_\_\_\_\_ meses

21. É o primeiro serviço que procura para resolver este problema de saúde?..... sim  não

(SE SIM, PULE P/ PERGUNTA 22).

<p><b>Qual foi o 1º. serviço de saúde.?</b>  <b>1. <input type="checkbox"/> PSF.</b>  a. Você foi atendido?  <input type="checkbox"/> sim. <input type="checkbox"/> não (se NÃO pule para item B)  a.1. Como foi o atendimento?  <input type="checkbox"/> recebeu visita do agente comunitário de saúde em casa  <input type="checkbox"/> recebeu visita do médico em casa  <input type="checkbox"/> recebeu visita do enfermeiro em casa  <input type="checkbox"/> foi consultado por um médico  a.2. Nesse atendimento o seu problema foi resolvido? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não.  a.3. Você foi encaminhado para outro serviço?  <input type="checkbox"/> sim. <input type="checkbox"/> não.  Qual?.....    B. Por quê? (responder apenas se item a. for negativo)  <input type="checkbox"/> fila para marcar consulta  <input type="checkbox"/> falta de médico  <input type="checkbox"/> o problema ocorreu à noite ou no final de semana  <input type="checkbox"/> Outro motivo:.....    <b>2. <input type="checkbox"/> Policlínica/ Hospital.</b>  a.  Qual?.....  a.1. Foi no município em que você mora?  <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não  a.2 Você foi atendido?</p>	<p><b>Qual foi o 2º. serviço de saúde.?</b>  <b>1. <input type="checkbox"/> PSF.</b>  a. Você foi atendido?  <input type="checkbox"/> sim. <input type="checkbox"/> não (se NÃO pule para item B)  a.1. Como foi o atendimento?  <input type="checkbox"/> recebeu visita do agente comunitário de saúde em casa  <input type="checkbox"/> recebeu visita do médico em casa  <input type="checkbox"/> recebeu visita do enfermeiro em casa  <input type="checkbox"/> foi consultado por um médico  a.2. Nesse atendimento o seu problema foi resolvido? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não.  a.3. Você foi encaminhado para outro serviço?  <input type="checkbox"/> sim. <input type="checkbox"/> não.  Qual?.....    B. Por quê? (responder apenas se item a. for negativo)  <input type="checkbox"/> fila para marcar consulta  <input type="checkbox"/> falta de médico  <input type="checkbox"/> o problema ocorreu à noite ou no final de semana  <input type="checkbox"/> Outro motivo:.....    <b>2. <input type="checkbox"/> Policlínica/ Hospital.</b>  a.  Qual?.....  a.1. Foi no município em que você mora?  <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não  a.2 Você foi atendido?</p>	<p><b>Qual foi o 3º. serviço de saúde.?</b>  <b>1. <input type="checkbox"/> PSF.</b>  a. Você foi atendido?  <input type="checkbox"/> sim. <input type="checkbox"/> não (se NÃO pule para item B)  a.1. Como foi o atendimento?  <input type="checkbox"/> recebeu visita do agente comunitário de saúde em casa  <input type="checkbox"/> recebeu visita do médico em casa  <input type="checkbox"/> recebeu visita do enfermeiro em casa  <input type="checkbox"/> foi consultado por um médico  a.2. Nesse atendimento o seu problema foi resolvido? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não.  a.3. Você foi encaminhado para outro serviço?  <input type="checkbox"/> sim. <input type="checkbox"/> não.  Qual?.....    B. Por quê? (responder apenas se item a. for negativo)  <input type="checkbox"/> fila para marcar consulta  <input type="checkbox"/> falta de médico  <input type="checkbox"/> o problema ocorreu à noite ou no final de semana  <input type="checkbox"/> Outro motivo:.....    <b>2. <input type="checkbox"/> Policlínica/ Hospital.</b></p>
--	--	--



<input type="checkbox"/> sim. <input type="checkbox"/> não. (se NÃO pule para item B) a.3 Nesse atendimento seu problema foi resolvido? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. a4. Você foi encaminhado para outro serviço? <input type="checkbox"/> sim. <input type="checkbox"/> não. Qual?.....  B. Por quê? (responder apenas se item a. for negativo) <input type="checkbox"/> fila para marcar consulta <input type="checkbox"/> falta de médico <input type="checkbox"/> o problema ocorreu à noite ou no final de semana <input type="checkbox"/> Outro motivo:.....	<input type="checkbox"/> sim. <input type="checkbox"/> não. (se NÃO pule para item B) a.3 Nesse atendimento seu problema foi resolvido? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. a4. Você foi encaminhado para outro serviço? <input type="checkbox"/> sim. <input type="checkbox"/> não. Qual?.....  B. Por quê? (responder apenas se item a. for negativo) <input type="checkbox"/> fila para marcar consulta <input type="checkbox"/> falta de médico <input type="checkbox"/> o problema ocorreu à noite ou no final de semana <input type="checkbox"/> Outro motivo:.....	a. Qual?..... a.1. Foi no município em que você mora? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não a.2. Você foi atendido? <input type="checkbox"/> sim. <input type="checkbox"/> não. (se NÃO pule para item B) a.3. Nesse atendimento seu problema foi resolvido? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. a4. Você foi encaminhado para outro serviço? <input type="checkbox"/> sim. <input type="checkbox"/> não. Qual?.....  B. Por quê? (responder apenas se item a. for negativo) <input type="checkbox"/> fila para marcar consulta <input type="checkbox"/> falta de médico <input type="checkbox"/> o problema ocorreu à noite ou no final de semana <input type="checkbox"/> Outro motivo:.....
--	--	--

#### As dificuldades/ obstáculos para a assistência às urgências e emergências

22. Como chegou até aqui?

- SAMU.
- ambulância
- carro da prefeitura ou da unidade de saúde.
- transporte próprio, de conhecido ou familiar.
- ônibus.
- táxi.
- A pé.

23. Caso tenha usado condução, quantas você tomou até chegar ao hospital? \_\_\_\_\_

24. Quanto tempo levou da sua casa até o hospital? \_\_\_\_\_ min \_\_\_\_\_ horas

25. Qual a distância entre a sua casa e este hospital? \_\_\_\_\_ Km.

26. Você teve alguma dificuldade para chegar a este hospital?

- sim.  não Qual?

---



---

27. Vou perguntar algumas questões para você dizer se acha problema.

<b>Situação</b>	<b>Problema grave</b>	<b>Não afeta muito</b>	<b>Não é problema</b>	<b>Justificativa</b>
Ter que pagar transporte para chegar ao hospital				
O hospital ser muito distante de casa				
A demora para ser atendido				
Se tiver que pagar para fazer exames de sangue, Rx, urina...				
Se tiver que comprar remédios				
Outros:				
Outros:				