

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Romero Nogueira de Souza Mendes

**Avaliação da Assistência em Urgência e Emergência: um Estudo de Caso no Município
do Cabo de Santo Agostinho**

Recife
2013

Romero Nogueira de Souza Mendes

**Avaliação da Assistência em Urgência e Emergência: um Estudo de Caso no Município
do Cabo de Santo Agostinho**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Phd. Sidney Feitoza Farias

Recife

2013

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M538a Mendes, Romero Nogueira de Souza.

Avaliação da assistência em urgência e emergência: um estudo de caso no município do Cabo de Santo Agostinho/ Romero Nogueira de Souza Mendes. — Recife: O autor, 2014.

151 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Sidney Feitoza Farias.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Serviços Médicos de Emergência. 3. Assistência à Saúde. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Farias, Sidney Feitoza. II. Título.

CDU 614.2

Romero Nogueira de Souza Mendes

**Avaliação da Assistência em Urgência e Emergência: um Estudo de Caso no Município
do Cabo de Santo Agostinho**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 30 / 09 / 2013

BANCA EXAMINADORA

Phd, Sidney Feitoza Farias
NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Phd, Maria Rejane Ferreira da Silva
NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Dra. Bernadete Perez Coêlho
DMS/UFPE

*Ao senhor Givaldo Porto de Souza Mendes (in memoriam),
pelo exemplo de dignidade e honestidade, dedico este trabalho a você vô Giva.*

*Aos usuários do SUS, verdadeiros mártires da sobrevivência,
a vocês sempre dedicarei meus préstimos.*

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho e toda sua equipe, especialmente aos meus amigos, o Ex-secretário Dr. José Carlos de Lima e à Rosana, Renato, Rodrigo, Carmem, Verônica, Danielle, Viviane, Priscila, Ana Maria e Glória, maravilhosa equipe de trabalho, pela oportunidade e anuência dadas a realização deste mestrado. Foi bastante engrandecedora a oportunidade de fazer parte deste grupo.

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, por ter acreditado na viabilidade deste estudo. Muito me orgulho de ter sido formado por esta casa.

À todos os servidores do Aggeu Magalhães, em especial aos que fazem a biblioteca e a secretaria acadêmica, particularmente ao amigo Semente, pelo apoio sempre em boa hora.

Aos meus mestres, que iluminaram com sua sabedoria e dedicação os caminhos obscuros e limitados de minha compreensão. Obrigado pela honra de compartilhar o saber com alguns dos maiores sanitaristas que já conheci!

Em especial, aos professores Giselle Campozana, Domício Sá, Maria Rejane Ferreira, Paulette Albuquerque, Idê e Garibaldi Gurgel, pela empatia, carinho e extrema admiração despertados.

Ao professor Sidney Feitoza Farias, pela orientação, compreensão das angustias inerentes ao desenvolvimento deste trabalho e, acima de tudo, pela amizade resultante desta parceria.

Aos profissionais e gestores do Hospital Municipal Mendo Sampaio e da UPA do Cabo, pela disponibilidade em participação desta pesquisa e pelo acolhimento com o qual me receberam. Em especial ao Dr. Carl, para mim, um exemplo de gestor/militante do SUS. Esperamos que este trabalho traga alguma boa retribuição a estes heróis da resistência.

À turma do Mestrado Profissional, sábios, lindos e maravilhosos colegas, companheiros de sala e de copos, fundadores do ACIM, amigos com quem compartilhei minha vida nestes últimos anos e que guardarei com muito carinho. Avedis Donabedian, a todos!

A minha princesa, Elisângela, mulher da minha vida, dedico os meus agradecimentos e sentimentos mais especiais. Responsável pelo meu reencontro com a alegria e a paz necessárias à construção deste trabalho. Por tudo que você representa pra mim, confesso: Eu te quero no sentido lato, mas acima de tudo, te amo no sentido estrito!

Aos meus filhos, Arthur e Vinicius, os dois homenzinhos a quem mais amo no mundo. Vocês são de fato as minhas maiores riquezas!

Aos meus pais, Givaldo e Fátima, que me deram a vida e os primeiros ensinamentos, se doando por inteiro e, por vezes, renunciando aos seus próprios sonhos em detrimento dos meus. Portadores de um amor incondicional!

Ao meu irmão Renato, meu caçula, melhor amigo e parceiro, para mim, um cara simplesmente fantástico. Estamos juntos nesta caminhada, maguinho!

E acima de tudo, a energia pura que movimenta todo o universo, independente da forma como a nomeamos!

MENDES, Romero Nogueira de Souza Mendes. **Avaliação da Assistência em Urgência e Emergência:** um Estudo de Caso no Município do Cabo de Santo Agostinho. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

Resumo

O estudo objetivou a avaliação da qualidade da assistência aos usuários da urgência e emergência em duas unidades de média complexidade do SUS, no Cabo de Santo Agostinho, em 2013. Entrevistando um total de 34 indivíduos, entre gestores, médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Um estudo de casos múltiplos quali-quantitativo, exploratório e explanatório. Com referencial analítico no respeito aos direitos dos usuários e na percepção da qualidade da assistência enquanto dimensões gerais da qualidade a serem avaliadas. Utilizando diversos métodos e técnicas para apreensão destas dimensões, desde a análise documental em prontuários, relatórios de auditoria e de inspeção sanitária – passando pelo registro das impressões do pesquisador em relatório de observação sistemática – à aplicação de questionário previamente estruturado. Trazendo uma análise categorizada e por triangulação dos resultados com o intuito de maior aproximação em face à complexidade do problema investigado. Obtendo como principais achados: a) o comprometimento da garantia do sigilo das informações e da privacidade no atendimento no Hospital Municipal Mendo Sampaio, assim como, do acesso à informação pelos usuários nas duas emergências; b) as deficiências estruturais na ambiência, no conforto e na segurança, mais evidentes no Hospital Municipal Mendo Sampaio; c) a boa avaliação geral da qualidade do atendimento prestado por profissionais e gestores nas duas unidades; d) o encorajamento no desenvolvimento de ações com vistas à qualificação do atendimento nas unidades pesquisadas, ao mesmo tempo, em que apontam entraves à execução de ações para melhoria da qualidade. Contribuindo assim para manutenção da prestação de uma assistência fundamentalmente pautada na produção e na “queixa-conduta”, com um elevado quantitativo de consultas de urgência, excessiva medicalização e encaminhamento dos usuários para serviços de maior complexidade.

Palavras chave: Avaliação da Qualidade da Assistência à Saúde; Serviços Médicos de Emergência; e Triangulação de métodos.

MENDES, Romero Nogueira de Souza Mendes. **Evaluation of Assistance in Urgency and Emergency: A Case Study in the Municipality of Cabo de Santo Agostinho.** Dissertation (Professional Master in Public Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2013.

Abstract

The study aimed to evaluate the quality of care to users of emergency care in two units of medium complexity of SUS, Cabo de Santo Agostinho, in 2013. Interviewing a total of 34 individuals, including managers, doctors, nurses and social workers. A multiple case study quantitative and qualitative, exploratory and explanatory. Analytical framework with respect to the rights of users and perception of quality of care while overall dimensions of quality to be assessed. Using various methods and techniques to assess these dimensions, since the documentary analysis of the records, audit reports and sanitary inspection - going by the record of the impressions of the researcher in systematic observation report - applying structured questionnaire previously. Bringing a categorical analysis and the results triangulation in order to more closely in view of the complexity of the problem investigated. Getting main findings: a) the commitment of ensuring information confidentiality and privacy in attendance at the Municipal Hospital Mendo Sampaio, as well as access to information for users in both emergencies b) structural deficiencies in the ambience, comfort and security, most evident at the Municipal Hospital Mendo Sampaio c) the good overall quality of care provided by professionals and managers in the two units, d) encouraging the development of actions aimed at qualifying the attendance in the surveyed units at the same time, at which point barriers to the implementation of actions to improve the quality. Thus contributing to maintaining the provision of assistance primarily based in the production and "complaints conduct" with a high quantity of emergency consultations, excessive medicalization and referral of users to more complex services.

Keywords: Evaluation of Quality of Health Care; Emergency Medical Services; and Triangulation Methods.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Distorções da Assistência em Urgência e Emergência no SUS.	20
Quadro 2	– Portarias que compõem a Política Nacional de Atenção às Urgências.	21
Quadro 3	– Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa – Confidencialidade das informações.	39
Quadro 4	– Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa – Direito à informação.	40
Quadro 5	– Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa – Conforto.	40
Quadro 6	– Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa – Acolhimento.	40
Quadro 7	– Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa – Priorização na atenção ao usuário.	41
Quadro 8	– Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa – Qualidade da assistência.	41
Quadro 9	– Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa.	42
Quadro 10	– Matriz da Condensação de Significados das Entrevistas.	55
Quadro 11	– Legislações que nortearam as ações de auditoria e inspeção sanitária nas unidades pesquisadas.	59
Quadro 12	– Matriz de análise por triangulação dos resultados.	61
Gráfico 1	– Proporção entre constatações e não conformidades.	101
Quadro 13	– Relação das não conformidades por item e unidade pesquisada.	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Avaliação das condições de trabalho nas emergências pesquisadas.	64
Tabela 2	– Avaliação das condições de trabalho na emergência do Hospital Municipal Mendo Sampaio.	65
Tabela 3	– Avaliação das condições de trabalho na emergência da UPA do Cabo.	66
Tabela 4	– Avaliação das condições de trabalho nas emergências pelos médicos.	68
Tabela 5	– Avaliação das condições de trabalho nas emergências pelos Enfermeiros.	69
Tabela 6	– Avaliação das condições de trabalho nas emergências pelos Assistentes Sociais.	71
Tabela 7	– Frequência de preenchimento do prontuário do paciente pelos médicos nas emergências.	100
Tabela 8	– Tempo de espera da chegada do usuário até ser atendido pela Classificação de Risco, segundo turno de trabalho.	110
Tabela 9	– Tempo de espera da chegada do usuário até ser atendido pelo médico, segundo turno de trabalho e emergências pesquisadas.	112
Tabela 10	– Tempo de espera entre a solicitação e coleta de exames laboratoriais, segundo turno de trabalho e unidade.	112
Tabela 11	– Tempo de espera total para recebimento dos resultados dos exames laboratoriais segundo turno de trabalho e unidade.	113

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

- ACCR** – Acolhimento Com Classificação de Risco.
- AIH** – Autorização de Internamento Hospitalar.
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- CFM** – Conselho Federal de Medicina.
- CME** – Central de Material de Esterilização.
- CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
- EC** – Educação Continuada.
- EPCs** – Equipamentos de Proteção Coletiva.
- EPIs** – Equipamentos de Proteção Individual.
- GEAUD** – Gerência de Auditoria do SUS.
- HMS** – Hospital Municipal Mendo Sampaio.
- IMIP Hospitalar** – Fundação Professor Martiniano Fernandes.
- MS** – Ministério da Saúde.
- MTE** – Ministério do Trabalho e Emprego.
- NR** – Norma Regulamentadora.
- OS** – Organização Social.
- PCMSO** – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.
- PGRSS** – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
- PNAU** – Política Nacional de Atenção às Urgências.
- PSF** – Programa Saúde da Família.
- QualiSUS** – Política de Qualificação da Atenção à Saúde no SUS.
- RAU** – Rede de Atenção às Urgências.
- RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada.
- RLR** – Rede Loco-Regional.
- RT** – Regulamento Técnico.
- SAMU 192** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
- SES** – Secretaria Estadual de Saúde.
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde.
- SNA** – Sistema Nacional de Auditoria.
- SUE** – Serviço(s) de Urgência e Emergência.
- SUS** – Sistema Único de Saúde.
- UE** – Urgência e Emergência.

UPA 24h – Unidade(s) de Pronto Atendimento 24h.

UPA Cabo – Unidade de Pronto Atendimento Cabo de Santo Agostinho.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	A Política Nacional de Atenção às Urgências.....	19
1.2	A Avaliação dos Serviços de Saúde.....	23
1.3	A Política de Qualificação da Atenção à Saúde.....	26
2	PERGUNTA CONDUTORA.....	29
3	OBJETIVO GERAL	30
3.1	Objetivos Específicos.....	30
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	31
4.1	Tipo de Estudo.....	31
4.2	Área do Estudo e Unidade Analisada.....	33
4.3	Período do Estudo.....	35
4.4	Instrumento de Coleta de Dados.....	35
4.4.1	Elaboração dos Instrumentos.....	38
4.5	Amostra.....	49
4.6	Coleta dos Dados.....	50
4.7	Análise dos Dados.....	50
4.7.1	Questionário com Profissionais e Gestores.....	51
4.7.2	Entrevista com Gestores.....	53
4.7.3	Análise Documental.....	55
4.7.3.1	<i>Prontuário dos Usuários.....</i>	<i>56</i>
4.7.3.2	<i>Relatórios de Auditoria e Inspeção Sanitária.....</i>	<i>58</i>
4.7.4	Observação Sistemática.....	60
4.7.5	Triangulação dos Dados.....	60
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E OPERACIONAIS.....	62
5.1	Propriedades da Informação.....	62
5.2	Medidas de Proteção e Confidencialidade.....	62
5.3	CrITÉrios para Suspender ou Encerrar a Pesquisa.....	62
5.4	Responsabilidade do Pesquisador e da Instituição.....	62
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	63
6.1	Questionários dos Profissionais e Gestores.....	63

6.2	Entrevista com os Gestores.....	71
6.2.1	Contribuição dos Trabalhadores para Qualificação do Atendimento de Urgência.....	71
6.2.2	A Qualidade da Assistência Prestada aos Usuários.....	77
6.2.3	Condições de Trabalho para Qualificação.....	80
6.2.4	Existência de uma Política de Qualificação para o Atendimento de Urgência Proposta pelas Secretarias de Saúde ou Ministério da Saúde.....	87
6.2.5	Entendimento em Relação aos Pontos Básicos de uma Política de Melhoria da Qualidade da Assistência.....	91
6.2.6	Condições da Equipe Gerencial para o Desenvolvimento de uma Proposta de Melhoria da Qualidade.....	93
6.3	Análise Documental.....	100
6.3.1	Preenchimento dos Prontuários pelos Profissionais.....	100
6.3.2	Relatórios de Auditoria e Inspeção Sanitária.....	101
6.4	Observações Sistemáticas em Campo.....	108
6.4.1	Aspectos Gerais.....	108
6.4.2	Mensuração dos Tempos de Espera.....	110
7	CONCLUSÃO POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS.....	115
7.1	Análise das Dimensões da Qualidade (estrutura e processo).....	115
7.1.1	Respeito ao Direito das Pessoas.....	115
7.1.1.1	<i>Privacidade e Confidencialidade.....</i>	115
7.1.1.2	<i>Direito e Acesso à Informação.....</i>	116
7.1.1.3	<i>Ambiência, Conforto e Segurança.....</i>	116
7.1.1.4	<i>Humanização da Assistência e Acolhimento aos Usuários.....</i>	119
7.2	Percepção da Qualidade da Assistência.....	121
7.2.1	<i>Qualidade do Atendimento e Encaminhamento dos Usuários.....</i>	121
7.2.2	<i>Proposta para Qualificação do Atendimento.....</i>	127
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	129
	REFERÊNCIAS.....	130
	APÊNDICE A – Análise do Entendimento dos Profissionais e Gestores.....	138
	APÊNDICE B – Roteiro de Observação Sistemática.....	140
	APÊNDICE C – Roteiro de Observação Sistemática II.....	142

APÊNDICE D –	Termo de Consentimento dos Profissionais e Gestores.....	143
APÊNDICE E –	Análise Documental.....	144
ANEXO A –	Roteiro de Entrevista com os Gestores.....	148
ANEXO B –	Parecer Comitê de Ética em Pesquisa.....	149
ANEXO C –	Carta às Unidades.....	150
ANEXO D –	Carta aos Profissionais.....	151

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988, conhecida como “a constituição cidadã”, conseguiu incorporar vários dos conceitos e princípios propostos pelo movimento de Reforma Sanitária da época, culminando com a criação de um Sistema Nacional de Saúde sob a égide da universalidade, equidade, integralidade e com comando descentralizado para cada uma das três esferas do governo. Assim nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), amparado pela garantia legal da saúde enquanto direito de todos os cidadãos e dever do Estado e operacionalizado através da regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde, bem como da participação (pro)ativa da sociedade – inclusive no que concerne aos processos deliberativos – cabendo ao setor privado participar de forma complementar na assistência à saúde da população (BRASIL, 2004b; GUSMÃO-FILHO, 2008).

O processo de implantação do SUS nos anos que se seguiram se deu por meio da instituição de um aparato legal de normatizações ministeriais compostas pelas: Leis Orgânicas da Saúde, Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais da Assistência à Saúde, que uma a uma foram redefinindo a reestruturação administrativa, organizacional e de financiamento do sistema, trazendo consigo inovações aos processos de transferência dos recursos públicos, municipalização dos serviços de saúde e reorganização dos modelos assistenciais, com priorização da atenção básica (BRASIL, 2006a).

Contudo, este processo encontrou obstáculos de difícil transposição na medida em que no Brasil, assim como em outros países do mundo, caminhava-se no sentido de um amplo consenso de desenvolvimento neoliberalista, mais favorável à implementação de programas de estabilização monetária, de ajuste e reformas institucionais em sua maioria propostas pelos Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial, com diretrizes para viabilização de uma maior abertura da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento da “máquina estatal” a partir da privatização ou terceirização de suas companhias, empresas e fundações. Tornando a consolidação do SUS notoriamente um processo contra-hegemônico, e desta forma, desacompanhado de um adequado suporte político-financeiro (LIMA, 2010).

Todavia, apesar dos obstáculos resumidamente descritos no parágrafo anterior, o SUS avançou e atualmente atinge todo o país. Em boa parte, graças ao processo de municipalização das ações e serviços de saúde que transferiram, ainda que de forma

incipiente, recursos e responsabilidades da esfera federal diretamente aos estados e municípios (BRASIL, 2004b).

Mas, embora tendo alcançado uma boa cobertura, o acesso da população, a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde ainda são por muito falhos, pois a pretensa hierarquização das atenções primária, secundária e terciária, interligadas pelos fluxos de referência e contra-referência, não logrou em certa medida o êxito necessário para atingir em definitivo o objetivo de fazer da rede básica a principal “porta de entrada” do sistema (BRASIL, 2004b; CECÍLIO, 1997).

Concomitantemente ao relativo insucesso do papel ordenador de demanda por parte da rede de atenção básica, os Serviços de Urgência e Emergência (SUE) dos grandes hospitais, a maioria centralizados nas regiões metropolitanas das capitais brasileiras, os quais permaneciam com suas portas abertas aos usuários 24 horas por dia, sete dias por semana, foram paulatinamente também exercendo esta função ordenadora. Fato contributivo para manutenção da superlotação desses serviços, que nos últimos anos acabou por se constituir em um verdadeiro foco de tensão (estrangulamento) dentro do sistema. Gerando constantemente conflitos entre gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema, assim como, entre os conselhos de classe, entidades da sociedade civil organizada e o próprio poder judiciário (GUSMÃO-FILHO, 2008; SANTOS, et al., 2003).

O panorama anteriormente exposto não se reproduziu de forma diferente no estado de Pernambuco, bem como, no município do Cabo de Santo Agostinho, escopo deste estudo. Pois, apesar da expansão da rede de atenção às Urgências e Emergências (UE's) ao longo destes mais de vinte anos de implantação do SUS, observa-se na realidade diária da maioria dos SUE o desenvolvimento de um cenário cada vez mais complexo e caracterizado por: custeio elevado, grande demanda, distorção no acesso a estes serviços, usuários e trabalhadores insatisfeitos e cotidianamente vitimados pela violência, seja ela física, verbal ou psicológica (ROCHA, 2005; SANTOS JÚNIOR, 2004).

Em um breve histórico, pode-se afirmar que a região metropolitana do Recife vivenciou, na atualidade, uma vertiginosa expansão em sua rede de atenção à saúde, em especial para as ações nos SUE – com a implantação de 14 (catorze) UPA's 24h e 03 (três) Hospitais Metropolitanos, distribuídos por 07 dos 14 municípios que a compõe. Tendo como proposta, formar um grande “cinturão de emergência” – acompanhado por uma ampla e diversificada reestruturação nos fluxos de atendimento, referências e contra-referências, ambiências e protocolos de assistência para estes serviços.

Todavia, o planejamento destas ações de reestruturação, pelo menos em seu primeiro momento, não obteve uma participação proativa e integrada aos serviços municipais de saúde preexistentes e que já lidavam cotidianamente com esta temática. Em decorrência disto, nos municípios aonde estes novos serviços foram implantados, como no caso do Município do Cabo de Santo Agostinho, perpetuou-se um antigo dilema, com SUE (estaduais e municipais) coexistindo de forma independente e desarticulada dentro de um mesmo território.

Neste sentido e diante do persistente e histórico imperativo de reestruturação dos SUE, atualmente envolvidos na implantação dos diversos programas de qualificação (DUBEUX, 2010), surgiu no autor o desejo pela realização deste estudo. Em parte, a partir de sua inquietação enquanto sujeito implicado à realidade descrita nos parágrafos anteriores e ao desempenho de sua função enquanto gestor municipal do SUS. No primeiro momento ocupando dentro do município supracitado o cargo de coordenador municipal de UE e no segundo ocupando o cargo de gerente de atenção à saúde e, como tal, em ambos os cargos, responsável pela assistência em UE.

Somado a isto, especificamente sobre o município supracitado, mesmo após o incremento destes novos serviços de saúde na região, ainda se observam distorções e desafios a serem superados, tais como: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, desrespeito aos direitos e exclusão dos usuários na porta de entrada, pouca articulação com o restante da rede de serviços, precarização das instalações físicas e de Educação Continuada (EC) específica para os profissionais, dentre outras.

Em virtude da perpetuação deste panorama, os serviços prestados em UE são frequentemente alvo de inúmeras críticas por parte da população do município, observando-se quando em visita a maioria destes serviços, relatos ou registros por parte de alguns trabalhadores informando sentirem-se desmotivados com a pressão por um atendimento em maior quantidade, rapidez e qualidade, sem que, por vezes lhes sejam dadas as condições propícias à execução deste trabalho.

Por outro lado, corroborando com Deslandes (2002), esta arena hostil pode ser entendida como o acirramento de manifestações relacionadas tanto à evolução da cultura hospitalar clássica de isolamento, à atitude impessoal apoiada no tecnicismo ou cientificismo médico positivista, quanto aos mecanismos de defesa dada as condições ultrajantes de trabalho, assim como, a reação às condições de miserabilidade e violência social.

Em meio a este cenário não se faz exagero supor que parcela significativa dos processos terapêuticos providos nas emergências do município em estudo, resumem-se a consultas centralizadas nos profissionais médicos, exames e retornos com

medicamentalização excessiva, sem clara definição quanto à solicitação destes e sem a efetiva contra-referência dos usuários aos demais serviços da rede local ou regional de saúde. Reforçando assim uma cultura centrada na prática da prestação de serviços de saúde centralizada no saber médico, com base no puro ato prescritivo, na produção de procedimentos e não na promoção de um cuidado que responsabilize e empodere¹ todos os atores implicados e em especial os usuários do sistema público de saúde.

Em contraponto, o que se observa atualmente é uma gradativa tendência à inversão das tecnologias de cuidado na saúde pública brasileira, buscando inserir nos processos terapêuticos, ações que transfiram conhecimento e poder ao usuário, no intuito de elevar assim a sua autoestima, incorporando toda sua vivência neste processo. Pois, fazendo-o cada vez mais sujeito do seu estado de saúde, haverá a possibilidade de se trabalhar alguns projetos na saúde com base em tecnologias leves e mais relacionais do que instrumentais. Em muitos casos, isto significa elaborar processos terapêuticos mais completos, cuidadores e centrados nas necessidades dos usuários, tendo-o como protagonista do seu projeto de saúde (CAMPOS, 1997).

Para tanto, propostas de estudos como esta que aqui se descreve tem relevância para o setor saúde. Na medida em que buscam entender as organizações de saúde enquanto espaços provedores do cuidado aos usuários, assim como, espaços de valorização do potencial inventivo dos diversos atores sociais envolvidos. Corroborando assim com a afirmação descrita por Maciel-Lima (2004), quanto à necessidade de esclarecer e superar o mito de que os serviços prestados pelas instituições públicas são de má qualidade, realizados por profissionais desqualificados e com precária infraestrutura física e tecnológica. Pois, ao contrário do que se pensa, boa parcela das instituições públicas de saúde para atendimento as UE's, são serviços de excelência, com uso de equipamentos e tecnologia de ponta e executados por profissionais qualificados. Cabendo a este estudo analisar, se esta dita “excelência” é de fato sentida pelos profissionais e gestores.

Portanto, este estudo assumiu a pretensão de avaliar a assistência à saúde em UE, prestada a população usuária do SUS no município em questão. Salientando, entretanto, que este estudo não tem como objetivo a avaliação da implantação de políticas de qualificação nas unidades de UE, mas sim de avaliar qualidade da assistência em si. Corroborando desta forma com Mendes (2009), em seu pressuposto de que todo o processo do cuidado à saúde decorre

¹ O termo derivado do inglês “*empowerment*” que em livre tradução significa a descentralização de poderes pelos vários níveis hierárquicos da organização, o que permite a criação de maior vínculo e motivação nos trabalhadores proporcionada por uma maior liberdade de iniciativa e responsabilização, com naturais benefícios para a organização.

da ação humana, independentemente se esta ação decorre: da atividade finalística do profissional de saúde ou do gestor que busca garantir as condições adequadas aos serviços ofertados.

Desta forma, buscou-se neste estudo, para além de verificar a adequação das instalações físicas e dos equipamentos às normatizações sanitárias, relatórios de auditoria e às previstas em portarias ministeriais para os SUE, privilegiar as características relacionais entre os atores sociais envolvidos, neste caso: profissionais e gestores (SILVA, 2005). Tomando como referência as discussões teórico-metodológicas acerca dos estudos avaliativos e de sua aplicabilidade ao longo do tempo à qualidade dos serviços de saúde no Brasil, assim como, da relação entre estas discussões e as diretrizes ministeriais para as Políticas Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e de Qualificação da Atenção à Saúde no SUS (QualiSUS).

Nos sub-tópicos seguintes serão mais bem detalhados os diversos aspectos referentes à PNAU, os estudos de avaliação aplicados à saúde e o QualiSUS. Que em linhas gerais, preconizam que o atendimento aos portadores de quadros agudos, seja este de natureza clínica, traumática, psiquiátrica ou especializada, deve ser prestado por todas as portas de entradas do SUS, ou seja, pelo conjunto das unidades básicas de saúde e suas equipes do programa saúde da família, pelas unidades de atendimento pré-hospitalar, fixas e móveis, e pelas unidades hospitalares, com qualidade na assistência prestada e de forma articulada, complementar e humanizada. Possibilitando assim a resolução dos problemas de saúde dos usuários de forma mais ampla e responsável dentro de um serviço de saúde hierarquizado e regulado (BRASIL, 2002, 2004b).

1.1 A Política Nacional de Atenção às Urgências

A organização e normatização de sistemas específicos para atenção às UE's é um fenômeno relativamente recente na história dos sistemas nacionais de saúde, sendo este, fruto da crescente necessidade de tornar mais efetivos e eficazes, o cuidado e a promoção à saúde nos serviços que lidam diariamente com esta temática em todo o mundo (BRASIL, 2009a).

No Brasil, é possível afirmar que este fenômeno veio a ganhar força mais enfaticamente no início deste século, devido – em parte – ao constante processo de consolidação do sistema nacional de saúde brasileiro, a partir da década de 80 e às variadas dificuldades encontradas para a efetivação das próprias diretrizes deste sistema, o SUS (GUSMÃO-FILHO, 2008).

Não sendo absurdo afirmar que os SUE mantêm até a presente data a mesma estrutura hospitalocêntrica e centrada na figura do profissional médico, características de décadas predecessoras a criação do SUS, cujas principais consequências se fazem sentir na desigualdade do acesso, na baixa resolutividade e no elevado custeio para manutenção destes serviços, bem como no menor grau de descentralização e hierarquização quando comparado a outros setores do sistema. Esta estrutura arcaica acaba ainda por absorver a clientela não devidamente assistida por outros níveis de atenção, contribuindo assim para a perpetuação de distorções crônicas na atenção à saúde, sintetizadas conforme o quadro 1 (BRASIL, 2006a; CECÍLIO, 1997; SANTOS et al., 2003):

Quadro 1 – Distorções da Assistência em Urgência e Emergência no SUS.

Distorções da Assistência em Urgência e Emergência no SUS	
<i>Integralidade da atenção</i>	Distorções e inequidade no acesso a rede de serviços; Modelo assistencial centrado na oferta de serviços especializados e de alta tecnologia; Centralização territorial de serviços em média e alta complexidade; Descontinuidade da linha assistencial, com baixa articulação entre: a) níveis primários de atenção à saúde e rede especializada; b) serviços de reabilitação à saúde; c) ações governamentais de prevenção de acidentes e promoção à saúde.
<i>Infra-estrutura da rede assistencial</i>	Instalações físicas precárias, insalubres, desconfortáveis e mal sinalizadas; Insuficiência de leitos hospitalares qualificados de retaguarda em média e alta complexidade; Equipamentos hospitalares inadequados ou insuficientes; Falta ou descontinuidades no abastecimento de medicamentos e materiais médico-hospitalares; Organização vertical das funções; Escassas normatizações e protocolos assistenciais específicos.
<i>Gestão de Pessoas</i>	Baixo incentivo à(s): a) ações de EC e específicas para a área; b) prevenção contra riscos e agravos laborais; c) motivação profissional para atuar na área; d) implementação do plano de carreira e vencimentos; e) formação/habilitação curricular específica;

Fonte: Adaptado de Gusmão Filho (2008).

Como já descrito anteriormente, foi somente a partir de meados da década de 1990 que surgiram as primeiras iniciativas ministeriais para a (re)organização dos SUE como subcomponente estratégico e de suma importância para o SUS, passando gradativamente a desenvolver e incentivar uma série de programas, estudos e políticas com o objetivo de

estruturar um sistema de atenção à saúde da população voltado a melhoria na qualidade e no acesso aos serviços, bem como na difusão dos principais conceitos, diretrizes e práticas para a área de assistência às UE's (GUSMÃO-FILHO, 2008). Pois, enquanto várias áreas do SUS possuíam políticas específicas, como a atenção básica, a média e a alta complexidade, os SUE foram uma das últimas a receberem portaria instituindo e determinando o seu funcionamento (SCARAZATTI, 2005).

Destacando aqui, como exemplos: a) a publicação da resolução 1.451 do Conselho Federal de Medicina (1995) que determinou as normas mínimas para composição e funcionamento de serviços de pronto-socorro públicos e privados do país, trazendo consigo as definições de urgência como: “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e de emergência como: “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato” (GUSMÃO-FILHO, 2008) e b) a implantação em 2003 da PNAU e do Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006a).

A atenção às urgências e emergências proposta pela PNAU enfatizava precipuamente a humanização aos usuários, organizando a assistência desde as unidades básicas, equipes de saúde da família, até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação (MENDES, 2009). Sendo suas diretrizes norteadoras explicitadas por um elenco de quase vinte portarias, conforme quadro 2:

Quadro 2 – Portarias que compõem a Política Nacional de Atenção às Urgências.

(continua)

Portarias	Finalidades
<i>GM n° 2.048, de 05/10/02;</i>	Aprova o Regulamento Técnico (RT) dos Sistemas Estaduais de UE (BRASIL, 2002).
<i>GM n° 1.863, de 29/09/03;</i>	Institui a PNAU (BRASIL, 2003a).
<i>GM n° 1.864, de 29/09/03;</i>	Institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em municípios e regiões de todo o território brasileiro (BRASIL, 2003 b).
<i>GM n° 2.072, de 30/10/03;</i>	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003c).
<i>GM n° 1.828, de 02/09/04;</i>	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional (BRASIL, 2004a).
<i>GM n° 2.420, de 9/11/04;</i>	Constitui Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita (BRASIL, 2004b).
<i>GM n° 2.657, de 16/12/04;</i>	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU 192 (BRASIL, 2004c).

Quadro 2 – Portarias que compõem a Política Nacional de Atenção às Urgências.
(conclusão)

Portarias	Finalidades
<i>GM nº 1020, de 13/05/2009;</i>	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de Redes Loco-Regionais (RLR) de atenção integral às urgências em conformidade com a PNAU (BRASIL, 2009b).
<i>GM nº 1.600, de 07/07/11;</i>	Reformula a PNAU e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS (BRASIL, 2011a).
<i>GM nº 1.601, de 07/07/11;</i>	Estabelece diretrizes para a implantação do componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da RAU, em conformidade com a PNAU (BRASIL, 2011b).
<i>GM nº 2.026, de 24/08/11;</i>	Aprova as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da RAU (BRASIL, 2011c).
<i>GM nº 2.338, de 03/10/11;</i>	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização da RAU (BRASIL, 2011d).
<i>GM nº 2.395, de 11/10/11;</i>	Organiza o Componente Hospitalar da RAU no âmbito do SUS (BRASIL, 2011e).
<i>GM nº 2.648, de 07/11/11;</i>	Redefine as diretrizes para implantação do Componente UPA 24h e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da RAU, em conformidade com a PNAU (BRASIL, 2011f).
<i>GM nº 2.820, de 28/11/11;</i>	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da RAU, em conformidade com a PNAU (BRASIL, 2011g).
<i>GM nº 2.821, de 28/11/11;</i>	Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da RAU, em conformidade com a PNAU (BRASIL, 2011h).
<i>GM nº 1.010, de 12/05/12;</i>	Redefine as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências, componente da RAU (BRASIL, 2012a).
<i>GM nº 1.171, de 05/06/12;</i>	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente UPA 24h e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da RAU, em conformidade com a PNAU (BRASIL, 2012c).
<i>GM nº 1.663, de 06/08/12;</i>	Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2012d).

Fonte: Adaptado de Mendes (2009).

Conforme o conteúdo das portarias expostas no quadro 2, cada estado da federação deveria normatizar seu próprio sistema estadual de atenção às UE's, através da implementação de uma variada rede de equipamentos e serviços composta por central de regulação médica para as UE's, atendimento pré-hospitalar fixo e móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e núcleos de educação permanente em urgências. Por conseguinte, cada município, de acordo com seu modelo de gestão, deveria também se responsabilizar por um determinado nível desta atenção (MENDES, 2009).

Ainda segundo Mendes (2009), as centrais de regulação deveriam desempenhar o papel de ordenador/orientador dos SUE, através da reorganização da relação entre estes, tanto no âmbito municipal, quanto estadual, qualificando o fluxo dos pacientes, integrando-os aos

demais serviços da rede de atenção à saúde e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral.

Pode-se então concluir que as descrições e ferramentas propostas por estas portarias, tem a função de (re)estruturar as “linhas de cuidado”, no que se referem à construção de fluxos mais seguros e facilitados de acesso e percurso dos usuários a todos os serviços da rede de atenção à saúde e em especial aos serviços de UE. Entendendo que a construção destas linhas de cuidado são estruturadas a partir de projetos pré-definidos, tendo como base estruturante dos mesmos, as necessidades dos usuários (FRANCO, 2004).

1.2 A Avaliação dos Serviços de Saúde

Nas últimas três décadas, diferentes fatores e tendências socioeconômicas contribuíram para o impulsionamento do já antigo interesse pela avaliação dos serviços de saúde, principalmente para o setor público. Esse movimento pode ser inicialmente justificado pela crise fiscal do estado social vivenciada neste período, que intensificou a necessidade de se reduzir as despesas públicas, estimulando assim um maior interesse pela busca de modalidades mais eficientes para a destinação e uso dos recursos para o setor saúde no Brasil (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Somado a isto, deve-se destacar a necessidade de se reduzir as crescentes queixas e os processos judiciais encaminhados pelos usuários insatisfeitos com a prestação dos serviços de saúde, uma vez que, assim como em outros países democráticos, a assistência à saúde, mais do que um direito constitucional, é considerada um direito da cidadania, observando-se para tanto o conceito constitucional de seguridade social (MACIEL-LIMA, 2004; VILLAS-BÔAS, 2012).

Esse entendimento ampliado de saúde implica em uma crescente responsabilidade do Estado e das instituições democráticas para a construção de uma agenda de direitos e ações com vistas a inclusão social e a redução de desigualdades na garantia dos direitos à saúde. Fato que termina por contribuir sensivelmente para o crescimento da importância de se recuperar a unidade do usuário nos serviços de saúde enquanto cidadão, e como tal detentor de direitos que por lei são considerados como “fundamentais” (FARIAS, 2011). Gerando assim um gradativo incentivo para que diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde fossem também desenvolvidas no Brasil. Indo desde a realização de pesquisas acadêmicas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação pelo MS, de pesquisas

avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais, assim como, a difusão de seus resultados (FELISBERTO, 2006).

Contudo, apesar do interesse em avaliações que possam mensurar a qualidade dos serviços de saúde aparentar ser algo recente, este não é um fenômeno novo. Pode-se aqui afirmar que esse interesse surgiu por volta dos anos 50, principalmente em países desenvolvidos como Estados Unidos e Reino Unido, ao reconhecer a importância da realização de estudos que tivessem como objeto específico os serviços de saúde, na busca por um melhor entendimento dos processos de atenção à saúde neles desenvolvidos, bem como do desempenho e da participação destes estudos na conformação dos sistemas de saúde e do impacto sobre a melhoria na saúde da população (NOVAES, 2004).

Os trabalhos de Goffman (1969) sobre qualidade da assistência nos serviços de saúde retrataram bem esse contexto inicial, na medida em que começaram a introduzir um olhar diferenciado para descrever os usuários das instituições de saúde, defendendo a percepção de que estes rotineiramente eram “tratados em sua presença como se não estivessem presentes”, ou seja, objetivados, identificados por suas patologias ou simplesmente pelo número do leito ao qual se encontravam (SERAPIONI apud GOFFMAN, 1999).

Ainda segundo Serapioni (1999), ao fazer referência a um estudo italiano sobre marketing estratégico, retrata que neste contexto a qualidade estaria fundamentalmente constituída de dois elementos: um objetivo, relacionado aos componentes físicos do produto; e outro subjetivo, relacional do ponto de vista da percepção e das expectativas dos diversos atores envolvidos.

Entretanto, foi só a partir dos anos 80 que trabalhos como os de Donabedian (1989), começaram a introduzir uma nova tendência mundial no campo da investigação, buscando focalizar em outros fatores para além das análises de custo-efetividade das ações e serviços de saúde – que até então concentravam o maior volume das publicações científicas – prestando uma especial atenção ao fato de que a avaliação da qualidade nos serviços deve considerar um aparato de aspectos, tais como: a satisfação dos usuários e profissionais, a opinião dos gestores e a eficácia do cuidado prestado, dentre outros. Fazendo-se também necessário para estes casos, considerar a forma como os usuários conseguem acessar os serviços de saúde, o comportamento dos profissionais diante dos pacientes, a rapidez na resposta ao requerimento do tratamento, o conforto e adequação das instalações físicas das unidades de saúde e a resolutividade dos processos diagnóstico-terapêuticos como alguns dos principais aspectos a serem observados (DONABEDIAN, 1989; MENDES, 2009; SERAPIONI, 1999).

Toda esta gama de aspectos a serem observados, foi agrupada por Donabedian (1989) em três categorias de análise, sendo estas por ele definidas como – estrutura, processo e resultado – e que acabariam por se tornar conceitos hegemônicos ao longo da história das avaliações de qualidade quando aplicadas à saúde. Entendendo-se por: a) estrutura, a análise das questões referentes aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; b) processo, as relações envolvendo os diversos atores implicados no cotidiano dos serviços, seja do ponto de vista técnico-científico, administrativo ou de ambos e; c) resultado, o produto finalístico da atenção à saúde, considerando os aspectos clínicos, funcionais e de satisfação com a prestação da assistência (DONABEDIAN, 1989).

Contudo, Gurgel Júnior e Vieira (2002), observaram em seu artigo que esta metodologia, uma vez tendo se tornada hegemônica trouxe consigo a tendência de se enfatizar as avaliações focalizadas na tríade, estrutura, processo e resultado, que apesar de identificar minuciosamente elementos importantes e imprescindíveis para a avaliação da qualidade nos serviços, restringe-se ao diagnóstico e à identificação de problemas, não compondo dentre seus objetivos principais o fornecimento de elementos necessários à melhoria na qualidade destes serviços, apontando com muita propriedade os problemas, mas não assumindo como consequência a definição de uma estratégia gerencial propícia para alcançar as soluções.

Neste sentido, Felisberto (2006) defende o princípio de que o ato de avaliar agrega mais valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional. Devendo-se utilizar de uma ampla ordem de ferramentas, como: a) decisão político-institucional; b) recursos financeiros; c) mecanismos técnicos; e d) estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos, adaptados as necessidades específicas decorrentes do processo de descentralização na gestão da assistência e demais diretrizes e princípios do SUS.

Infelizmente, na maior parte dos recentes casos, os avanços constituíram-se em iniciativas focais, mediante pesquisas específicas – estudos de casos ou produção regular de dados sem a equivalente regularidade de análise dos mesmos – e orientadas para as necessidades imediatas da gestão ou de determinados grupos, onde, o próprio MS já identifica alguns dos limites dessas iniciativas: 1) a ausência ou insuficiência da explicitação das diretrizes políticas e da definição estratégica para orientar as avaliações, assim como, sua adesão nos diversos contextos; 2) a fragmentação e a decorrente diversidade de orientações que presidem os processos de avaliação, impedindo que possam ser úteis a uma ação coordenada; 3) a ênfase em variáveis relacionadas a processo e; 4) hegemonia das avaliações de resultados pontuais e/ou espacialmente restritas (FELISBERTO, 2006).

Em último, destaca-se o papel que a avaliação em saúde poderia desempenhar no sentido de salvaguardar o necessário compromisso entre a academia e os serviços, entre a pesquisa e a gestão, removendo obstáculos a essa aproximação e contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura organizacional no sistema de saúde brasileiro que tenha a avaliação como atividade intrínseca e inseparável do planejamento e da gestão (BODSTEIN, 2002). Onde, o zelo pelo bom desempenho e melhor qualidade de uma determinada prática deveria ser uma preocupação de cada um em sua atividade profissional, assim como, do coletivo social.

Tendo em vista que a satisfação com o que se faz parece constituir um atributo inerente ao ser humano e, partindo deste pressuposto, crer que o interesse de avaliar sua própria prática é algo que, se minimamente despertado, pode transformar todo o fazer, servindo ao interesse do conjunto da sociedade, seja de iniciativa das organizações de direito público ou privado (CAMPOS, 1999).

1.3 A Política de Qualificação da Atenção à Saúde

O QualiSUS foi implantado oficialmente em 2003 objetivando elevar o nível de qualidade na assistência à saúde prestada à população, buscando em linhas gerais, aumentar a satisfação dos usuários com o sistema de saúde, reduzir custos com a prestação dos serviços e legitimar a política de saúde desenvolvida no Brasil, a partir da criação do SUS (BRASIL, 2004b).

A proposta do QualiSUS já nasceu defendendo que a melhoria na qualidade deveria perseguir a garantia da equidade e da integralidade do sistema de saúde, garantindo o acesso da população a todos os níveis da assistência de acordo com a necessidade de cada usuário do sistema e a mudança das práticas de saúde, quebrando assim com antigas dicotomias entre as ações preventivas e curativas. Padrões adequados de acesso, resolutividade, excelência na qualidade da prestação do serviço e acolhimento formam um verdadeiro “calcanhar de Aquiles” na montagem dos principais sistemas nacionais de saúde, sobretudo naqueles em que, como no SUS, têm forte presença estatal no provimento da assistência (FARIAS, 2011).

Neste contexto, a melhoria da qualidade na atenção à saúde preconizada por esta política, requereria para além da melhoria na dimensão técnica, uma melhoria na dimensão interpessoal. Consubstanciando-se em um conjunto de propostas e mudanças concretas de técnicas e práticas, bem como em uma mudança de atitude, mantendo acima de tudo a focalização de todos estes esforços nos usuários do sistema de saúde (MENDES, 2009).

Para tanto, segundo Gusmão-filho (2008), nas fases de elaboração e implantação do QualiSUS foram convocados diversos técnicos com experiências exitosas em melhoria da qualidade assistencial, que até aquele momento encontravam-se isoladas, restritas a alguns municípios ou serviços de saúde no país. Culminando na adoção das respectivas diretrizes, adiante listadas, como dimensões para melhoria no nível da qualidade na assistência à saúde (BRASIL, 2004b):

- a) Resolutividade, eficácia e efetividade da assistência à saúde;
- b) Redução dos riscos à saúde;
- c) Humanização das relações entre profissionais e entre profissionais e os usuários do sistema de saúde;
- d) Conforto das instalações e presteza no atendimento ao cidadão;
- e) Motivação dos profissionais de saúde;
- f) Controle social pela população na atenção e na organização do sistema de saúde do país.
- g) Com suas linhas de ações voltadas para:
- h) Qualificação do sistema de UE;
- i) Acesso e qualificação da atenção primária e de média complexidade;
- j) Qualificação da gestão e da regulação do sistema de saúde.

Onde, ainda em relação a sua estrutura, no QualiSUS estavam incluídas ainda as seguintes proposições de “tecnologias leves” de gestão: (a) acolhimento e classificação do risco; (b) gestão do cuidado por nível de gravidade do paciente; (c) gestão de vagas e leitos a partir das demandas da emergência; (d) instalação do Comitê Gestor reunindo os setores críticos responsáveis pela assistência; (e) instalação do Conselho Gestor, paritário entre usuários, trabalhadores e gestores; (f) instalação da Ouvidoria; e (g) articulação com o SAMU (BITTENCOURT; HORTALE, 2007). Reservando ao MS sua proposição e acompanhamento, delegando aos estados, municípios e ao distrito federal a execução das propostas mediante prévia pactuação com os vários órgãos colegiados do SUS e da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004b).

Pode-se definir desta forma a política QualiSUS como prioritária dentro de programa estratégico do governo federal para as ações e serviços de saúde brasileiros. Ressaltando o dever das organizações de saúde em preparar suas equipes para lidar com a dimensão subjetiva das práticas no cotidiano profissional, além de, paulatinamente serem transformadas em espaços de produção de bens e serviços para os usuários, e de valorização do potencial

inventivo dos diversos atores desses serviços: gestores, trabalhadores e acima de todos, os usuários (MENDES, 2009).

Em resumo, o QualiSUS trata de formas de efetivação ou operacionalização de certos princípios, como a ampliação da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos que constituem o SUS e a corresponsabilidade nos processos de atenção e gestão em saúde. Para que estes princípios deixem de ser somente princípios e possam ser incorporados e atualizados em práticas cotidianas. Pois, ao tratar desses princípios, trata-se de processos de trabalho (autonomia na gestão do trabalho) e daqueles que os sustentam como uma política pública estratégica para o avanço do SUS (BRASIL, 2009a).

2 PERGUNTA CONDUTORA

A pesquisa objetivou responder ao seguinte questionamento: Qual a avaliação da assistência à saúde em dois serviços que compõem a rede de urgência e emergência no município do Cabo de Santo Agostinho/Pernambuco quanto à garantia da qualidade no atendimento aos usuários?

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da assistência à saúde em duas unidades que compõem a rede de urgência e emergência no município do Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco, no ano de 2013.

3.1 Objetivos Específicos

- a) Identificar os pontos críticos das unidades quanto ao registro das informações em prontuários, tempos de espera, referenciamento e organização acolhedora das urgências;
- b) Verificar a adequação das instalações físicas, equipamentos e recursos materiais e humanos às normatizações sanitárias, relatórios de auditoria e às previstas em protocolos e portarias ministeriais para a qualificação dos serviços de urgência e emergência;
- c) Analisar a percepção dos profissionais e gestores das unidades quanto à qualidade dos serviços prestados e sua relação com a política de qualificação da atenção à saúde;

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo do Estudo

O ponto de partida para a elaboração do caminho metodológico seguido por este estudo adveio dos pressupostos que *pesquisa* é a atividade básica das ciências na sua indagação e construção da realidade. Esta atividade busca uma constante aproximação da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação. Competindo ao pesquisador utilizar-se de um acurado instrumental que possa municiá-lo nesta aproximação e construção da realidade, ao mesmo tempo, em que este deve manter a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto, como da limitação dos seus próprios procedimentos. Entendendo por fim, que não se pode acreditar em ciência neutra, pois todo o processo de construção teórica é uma dialética entre subjetivação e objetivação (MINAYO, 1993, 2010).

Na perspectiva da busca pelo procedimento mais aproximado para compreensão da realidade pesquisada, este estudo optou por ser desenvolvido enquanto um estudo de casos múltiplos, de cunho exploratório e explanatório, uma vez que, busca evidenciar as ligações causais entre intervenções e situações da vida real, o contexto em que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre, o rumo de um processo em curso e maneiras de interpretá-lo, bem como o sentido e a relevância de algumas situações-chave nos resultados de uma intervenção. Corroborando com a definição de que o estudo de caso é um dos meios de organização de dados sociais que preserva o caráter unitário do objeto social estudado; utilizando estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio (MINAYO, 2010).

O estudo de caso é também uma das estratégias escolhidas ao se examinarem acontecimentos contemporâneos em que não se podem manipular comportamentos relevantes, onde o poder diferenciador do estudo de caso é a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências em documentos, entrevistas e observações (YIN, 2005).

Seus objetivos podem então ser resumidos em: a) compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de grupo específico; b) permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais; c) esclarecer os fatores que interferem em determinados processos; d) apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes e até possibilitar comparações (MINAYO, 2010).

Conforme exposto acima, pode-se utilizar o estudo de caso em diversas situações, com vistas à contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos que por ventura possam estar a estes relacionados, onde, em todas essas situações, existe o claro desejo na opção por realização de um estudo de caso em se compreender fenômenos sociais complexos, permitindo assim uma investigação que preserve as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real (YIN, 2005), e no caso deste estudo, de se compreender os processos organizacionais, administrativos e as suas relações com a qualidade da assistência prestada aos usuários.

Em consonância com o exposto, este estudo foi desenvolvido utilizando a metodologia da pesquisa avaliativa, visto que, podemos defini-la como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Ainda em relação ao descrito por Contrandriopoulos (1997), quanto à decomposição dos tipos de análise dentro da pesquisa avaliativa, este projeto se dispôs a debruçar-se sobre as categorias de análise da intervenção e seus efeitos em relação à qualidade da assistência nos SUE, através de estudo de casos múltiplos a partir da análise documental, da observação sistemática em campo e da escuta dos atores sociais envolvidos (profissionais e gestores).

Para tanto, buscou-se o estudo das relações existentes entre os objetivos desta pesquisa e os meios que foram empregados na coleta dos dados, se a teoria na qual este estudo se fundamentou está adequada e se os recursos e atividades nesta busca foram suficientes em quantidade, qualidade e maneira de organização; avaliando e medindo a qualidade da assistência e sua eficácia na modificação dos estados de saúde dos usuários que acessam os serviços outrora mencionados, como também, a variação do ambiente e contexto, no qual esta intervenção foi realizada.

Minayo (1993, 2005, 2010) ao conceituar metodologicamente os estudos avaliativos, os entende enquanto a elaboração, negociação e aplicação de critérios explícitos de análise em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar e julgar um dado contexto, mérito, valor ou simplesmente o estado de um determinado objeto; a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e/ou organizações. Retratando o conhecimento científico como uma constante busca de articulação

entre uma teoria e uma dada realidade empírica observada, e neste sentido, o método torna-se o “fio condutor” desta articulação.

Desta forma, o fio condutor utilizado no desenvolvimento deste estudo foi o método quali-quantitativo. Onde, em definição da supracitada autora, a abordagem qualitativa é uma forma de análise que se preocupa com um nível da realidade que não pode ser quantificado. Definindo o nível de simbólico, dos significados e da intencionalidade e atribuindo-lhes um grau de sistematicidade pelo desenvolvimento de métodos e técnicas, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

Em contraponto a abordagem puramente quantitativa, segundo Minayo e Sanches (1993), tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis; devendo ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando e tornando-os inteligíveis através de variáveis.

Contudo, tanto do ponto de vista epistemológico, quanto metodológico, nenhuma das duas abordagens é mais científica do que a outra, assim como não há contradição ou continuidade, pois ambas são de natureza diferente. Nenhuma das duas abordagens é boa por si só, no sentido de ser suficiente para, por vezes, se obter a compreensão completa de uma determinada realidade. Elas até podem e devem ser utilizadas, em certas circunstâncias, como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade, pois o método adequado será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude o pesquisador a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível (MINAYO; SANCHES, 1993).

Neste estudo o aspecto quantitativo se faz presente a partir da utilização de uma ferramenta de coleta de dados fundamentalmente quantitativa (APÊNDICE A), sendo esta, entretanto, utilizada sob a proposta de referendar as análises qualitativas, escopo deste estudo.

4.2 Área do Estudo e Unidade de Análise

O presente estudo tomou como delimitação da área o município do Cabo de Santo Agostinho, localizado geograficamente na zona da mata sul do Estado de Pernambuco a cerca de 40 km da capital Recife.

Em relação a sua rede local pública de atenção às UE's, conta com três hospitais e uma maternidade – que somados disponibilizam um total de 272 leitos para internamento, sendo 19 em obstetrícia, 30 em pediatria, 28 em Unidade de Terapia Intensiva e 195 em clínica médica e cirúrgica especializada – uma policlínica, três Serviços de Pronto-Atendimento às UE's e um serviço de assistência em ambiente pré-hospitalar, o SAMU 192, todos funcionando 24h de forma descentralizada dentro do território do município.

Todos estes serviços acima mencionados estão sobre administração direta da gestão municipal a exceção de dois deles, que se encontram sob a gestão do governo do estado de Pernambuco, com sua administração contratualizada à uma Organização Social, juridicamente definida enquanto empresa pública de direito privado e sem fins lucrativos.

Para a realização da avaliação proposta, o presente estudo tomou como unidade de análise dois destes serviços que compõe a rede local de atenção às UE's, o Hospital Municipal Mendo Sampaio (HMS) e a Unidade de Pronto Atendimento Cabo de Santo Agostinho (UPA Cabo). O primeiro por configurar-se na referência municipal para assistência aos agravos agudos de natureza clínica e traumatológica – possuindo estatisticamente o maior quantitativo médio de atendimentos em UE – o segundo por ser o mais novo componente de assistência às urgências clínicas (adulto e pediátricas) para a rede local de saúde e por apresentar algumas particularidades em sua administração e fluxos de atendimento aos usuários, que serão descritos adiante.

O HMS encontra-se situado as margens da BR-101 sul no Km 33, sendo a maior e mais antiga unidade pública hospitalar do município do Cabo de Santo Agostinho. Inaugurado há mais de quarenta anos, dispõe de 54 leitos em internamento nas áreas de clínica médica e clínica cirúrgica, um SUE clínica, traumato-ortopédica e odontológica 24h, registrando uma média diária de 300 (trezentos) atendimentos em UE por demanda espontânea.

Conta ainda com 11 leitos de observação, sendo 03 leitos em sala vermelha (sala de estabilização), com uma equipe multidisciplinar para realização do acolhimento ao usuário, um Centro Cirúrgico com 03 salas cirúrgicas, um serviço de apoio diagnóstico – com laboratório de análises clínicas próprio, sala de radiologia, ultra-sonografia, endoscopia digestiva e colonoscopia – e um ambulatório de especialidades nas áreas de mastologia, neurologia, clínica vascular, cardiologia, ortopedia, proctologia e clínicas médica e cirúrgica.

Inaugurada em 04 de fevereiro de 2011, a UPA Cabo foi uma das últimas 14 (catorze) UPA's 24h implantadas pelo Governo do Estado de Pernambuco no intuito de servir como componente de integração aos hospitais estaduais metropolitanos que juntos formam a rede estadual de atenção às UE's. Localizada no bairro da COHAB, região central do município,

nas proximidades das margens da PE-60, registra atualmente uma média diária de 200 (duzentos) atendimentos por demanda espontânea, contudo sob a metodologia da classificação de risco, para as áreas de UE em clínica médica e pediátrica. Esta dispõe de 18 leitos de observação, divididos em 04 leitos em área vermelha (sala de estabilização), 09 para os casos de urgência em clínica médica e 05 para os casos em urgência pediátrica e serviço de apoio diagnóstico com laboratório de análises clínicas (sala de coleta) e com serviço de radiologia, todos 24h.

4.3 Período do Estudo

O respectivo estudo teve seu período compreendido entre os meses de novembro de 2011 a setembro de 2013.

4.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Para Mendes (2009), a definição e elaboração dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa são de fundamental importância para garantir a coerência entre a determinação do objeto e do estudo realizado, sendo encarados como um passo seguinte a delimitação do objeto de pesquisa e metodologia a ser seguida, na proporção em que sua precisão esteja diretamente relacionada a sua capacidade de representar – mensurar e compreender – fielmente uma dada variável ou aspecto da realidade, pois são os instrumentos que operacionalizam os objetivos através da elaboração de indicadores e permitem o estudo das teorias propostas.

Assim sendo, para a definição dos instrumentos de coleta de dados, este estudo tomou como dimensões gerais a serem avaliadas:

- a) Respeito aos direitos das pessoas;
 - Confidencialidade das informações;
 - Privacidade no atendimento.
 - Direito à informação;
 - Presença de Sinalização;
 - Divulgação das Especialidades.
 - Ambiência conforto e segurança;
 - Condições de Trabalho;
 - Repouso dos Profissionais;

- Segurança nas unidades.
- Alimentação;
- Limpeza do Ambiente;
- Mobiliário;
- Rouparia;
- Climatização;
- Iluminação.
- Humanização da assistência e acolhimento aos usuários.
 - Priorização da atenção ao usuário/Ordem de atendimento de acordo com a gravidade do caso;
 - Existência de equipe multiprofissional para o acolhimento;
 - Direito à presença do acompanhante.
- b) Percepção da qualidade da assistência.
 - Qualidade do atendimento e encaminhamento dos usuários;
 - Entendimento dos gestores quanto à qualidade da assistência aos usuários;
 - Contribuição dos trabalhadores para qualificação do atendimento;
 - Quantidade de profissionais;
 - Quantitativo de atendimentos;
 - Preenchimento do prontuário;
 - Condições de equipamentos e insumos;
 - Apoio diagnóstico;
 - Encaminhamento de forma adequada a outros serviços de saúde;
 - Implementação de normas, rotinas, protocolos assistenciais e comissões internas.
 - Proposta para qualificação do atendimento.

Por outro lado, partindo da compreensão da diversidade e dos problemas inerentes a cada tipo de abordagem proposta, se fez necessário primeiramente especificar no planejamento da pesquisa a dimensão das abordagens em relação aos objetivos deste estudo. Obtendo dessa forma os respectivos pontos abordados:

- a) Observação da organização do atendimento e seus fluxos;
- b) Verificação das condições de ambiência, materiais e equipamentos;
- c) Análise da percepção dos profissionais e gestores sobre a qualidade dos serviços.

A partir daí, como passo subsequente ao planejamento, se fez também necessário definir a forma ou o “como?” abordar os vários sujeitos da pesquisa, relacionando este

“como?” para além dos objetivos específicos e revisão da literatura, mas nas dificuldades que o pesquisador vislumbrou encontrar para aplicação de cada tipo de abordagem.

Desta forma, para observação do perfil dos gestores e profissionais selecionados foram utilizadas questões fechadas, bem como, para análise da percepção dos profissionais e gestores quanto à qualidade da assistência, minimizando assim a possibilidade de erros, facilitando o posterior processamento dos resultados e permitindo uma análise de dados que – embora possa não ter captado informações inesperadas, mas significativas, dadas pelo entrevistado quando da aplicação de um questionário com questões abertas – seja refinada (APÊNDICE A).

A entrevista com os gestores das duas unidades teve por objetivo específico apreender sua compreensão quanto as condições oferecidas para melhoria da qualidade da assistência em UE em sua dimensão político-administrativa, onde, para além da aplicação do questionário (APÊNDICE A), foi realizada de forma complementar o registro das observações do pesquisador em diário de campo frente as reações dos entrevistados aos estímulos provocados pelas questões previamente elaboradas em um roteiro de entrevista elaborado por Mendes (2009) em sua tese de doutoramento (ANEXO A); o que pressupõe também a utilização de uma observação que determine os aspectos que devem chamar a atenção do observador (CONTANDRIOPOULOS, 1999).

Para tanto, este estudo presumiu que a entrevista dirigida ou focada tenha sido a estratégia mais adequada para capturar dos gestores suas percepções da qualidade da assistência e correlacioná-las com a dimensão político-administrativa, de forma que estas puderam dialogar com os outros achados da pesquisa através dos demais instrumentos também empregados neste estudo, uma vez que, a entrevista dirigida ou focada é caracterizada pela prévia estruturação imposta pelo pesquisador, ao determinar antecipadamente as facetas e as dimensões da informação procurada de forma espontânea, assumindo assim um caráter de uma conversa informal, mas que, contudo, segue um certo conjunto de perguntas que se originaram do protocolo de estudo (YIN, 2005).

Ademais, para Mendes (2009), a observação participante associada a este tipo de entrevista se torna uma modalidade especial de observação na qual a passividade do pesquisador é posta de lado. Pois este pode assumir uma variedade de funções dentro de um estudo de caso, participando dos eventos que estão sendo estudados e permitindo que sejam realizadas observações em profundidade a partir do seu grau de envolvimento e participação.

Também foi utilizada nesta pesquisa a observação sistemática com auxílio de um roteiro e tabela preenchida pelo próprio pesquisador em campo (APÊNDICES B e C) onde se

detalharam os pontos a serem observados para, por exemplo, mensurar os vários tempos de espera para atendimento pelos usuários e a configuração das equipes de acolhimento, dentre outros.

Por fim, foi utilizada a análise documental (APÊNDICE E) como um dos indicadores para determinação da qualidade da assistência à saúde prestada nas unidades de UE. Esta teve um caráter objetivo: a) identificando em prontuários o preenchimento das informações básicas necessárias como: identificação do usuário, queixa, história e antecedentes clínicos, exame físico e diagnóstico; e b) verificando a partir dos relatórios de auditoria e de inspeção sanitária as conformidades e não-conformidades em relação as instalações físicas e equipamentos em consonância com às adequações previstas nos regimentos internos e nas portarias ministeriais para os SUE.

Todos os instrumentos de coleta de dados utilizados nesta pesquisa foram adaptados do estudo de Mendes (2009) e se configuraram como dispositivos normatizados e padronizados, na captura da presença ou ausência de uma determinada característica ou atributo de um indivíduo, permitindo dessa forma medir a magnitude com que uma determinada característica ou atributo se distribuiu em cada uma das categorias de análise (MINAYO, 2005).

O uso de estratégias múltiplas de abordagem para analisar um determinado problema se justifica na medida em que possibilitará ao pesquisador perceber as várias leituras dos atores sociais envolvidos em um determinado problema, por exemplo, possibilitando solicitar a avaliação do profissional sobre um determinado aspecto, a opinião do gestor sobre este e ao mesmo tempo observar este determinado aspectos nos documentos oficiais e *in loco*, possibilitando uma nova análise a partir do cruzamento destas informações.

4.4.1 Elaboração dos instrumentos

Para elaboração dos instrumentos de coleta de dados e formulação das questões a serem respondidas foi necessário transformar os objetivos específicos em objetivos operacionais (HILL, 1998) e este processo tem que estar permanentemente presente, desde a elaboração dos instrumentos à análise dos dados, em um contínuo de re-elaboração dos objetivos operacionais e da metodologia utilizada. E neste sentido, utilizou-se de diversas fontes de dados contidos nos instrumentos de coleta, que foram desde a análise documental em prontuários, relatórios de auditoria e inspeção sanitária – passando pelo registro das impressões do pesquisador em um relatório de observação sistemática – à aplicação de um

questionário previamente estruturado, enquanto estrutura metodológica tomando como base dois dos três eixos de avaliação, adaptados a partir da pesquisa de Mendes (2009):

- a) Avaliação das condições de organização e infra-estrutura oferecidas pela unidade;
 - Questionário dos profissionais e gestores;
 - Observação sistemática;
 - Entrevistas com os gestores;
 - Análise documental.
- b) Analisar a percepção político-administrativa da qualidade da atenção em urgência.
 - Entrevista com os gestores;
 - Questionário dos profissionais e gestores;
 - Análise documental.

Em função da complexidade da avaliação foi necessário realizar um esforço de adaptação de um instrumento que permitisse organizar todos os elementos da pesquisa. Para isto, foi readaptada a matriz de elaboração dos instrumentos da pesquisa para transformar as dimensões em questões concretas avaliadas nos vários instrumentos e aplicadas nos vários espaços, com os vários atores sociais envolvidos. Definindo assim conforme as dimensões da avaliação propostas por Donabedian (1989), os descritores, local a ser observado, em qual instrumento deveria ser avaliado e a questão norteadora para elaboração dos instrumentos. Com isto, acreditou-se poder dar coerência entre os objetivos formulados, a elaboração dos instrumentos e as análises realizadas (MENDES, 2009). Conforme os exemplos abaixo:

A **confidencialidade das informações** refere-se aos aspectos da privacidade no atendimento:

Quadro 3 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa – Confidencialidade das informações

Dimensão	Descritores
Confidencialidade das informações	Avaliar a possibilidade do usuário ficar fisicamente exposto a outras pessoas que não os profissionais de saúde ou da quebra do sigilo entre o profissional e o paciente .

Nota: Adaptado de Mendes (2009).

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

Quadro 4 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa – Direito à informação.

Dimensão	Descritores
Direito à informação	Avaliar a presença de sinalização que garanta a autonomia de locomoção; Divulgar as especialidades oferecidas pelo hospital para uma maior autonomia de escolha pelo usuário; Verificar a informação sobre os tempos de espera aos usuários.

Nota: Adaptado de Mendes (2009).

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

Quadro 5 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa – Conforto

Dimensão	Descritores
Conforto	Avaliar o conforto em relação à(s): Adequação e conforto do mobiliário; Condições de conforto para os profissionais; Limpeza do ambiente; Alimentação conforme padronização sanitária; Climatização do ambiente; Iluminação adequada; Rouparia limpa e adequada; Condições de trabalho para qualificação do atendimento.

Nota: Adaptado de Mendes (2009).

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

Quadro 6 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa – Acolhimento

Dimensão	Descritores
Acolhimento	Avaliar o encaminhamento de forma adequada a outros serviços de saúde; Avaliar o direito à presença do acompanhante; Observar a existência de equipe multiprofissional para o acolhimento na unidade; Observar a ordem de atendimento de acordo com a gravidade do caso.

Nota: Adaptado de Mendes (2009).

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

Quadro 7 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa – Priorização na atenção ao usuário

Dimensão	Descritores
Priorização na atenção ao usuário	Avaliar o número de atendimentos; Avaliar os tempos de espera; Medir os tempos de espera.

Nota: Adaptado de Mendes (2009).

A dimensão da **percepção da qualidade da assistência** foi analisada numa perspectiva do cumprimento de rotinas do trabalho dos profissionais de nível superior de escolaridade e desenvolvimento das ações politico-administrativas dos gestores:

Quadro 8 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa – Qualidade da assistência.

Dimensão	Descritores
Qualidade da Assistência	Avaliar o preenchimento do prontuário pelos profissionais; Avaliar os meios diagnósticos e terapêuticos; Avaliar as condições de equipamentos e insumos; Avaliar a quantidade de profissionais para garantir um bom atendimento aos pacientes; Avaliar o gerenciamento e organização do trabalho; Avaliar a implementação de normas, rotinas, protocolos assistenciais e comissões internas; Avaliar a contribuição dos trabalhadores para qualificação do atendimento de urgência; Avaliar a opinião dos gestores quanto à qualidade da assistência aos usuários; Avaliar a proposta de qualificação para o atendimento de urgência da unidade.

Nota: Adaptado de Mendes (2009).

Por fim, a partir da definição das dimensões e seus descritores foi possível definir que questões corresponderiam aos vários pontos da assistência em UE que deveriam ser avaliadas: recepção/acolhimento, emergência e avaliação geral. E com a elaboração final da matriz foi possível elaborar os conteúdos que deveriam estar presentes nos questionários dos profissionais e gestores, no roteiro de entrevista, na observação sistemática e na análise documental.

Quadro 9 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa.

(continua)

Dimensões da qualidade	Descritores	Local avaliado	Instrumento	Questão norteadora para elaboração dos instrumentos	Dimensões da avaliação
1. Confidencialidade das informações: privacidade no atendimento.	Avaliar a possibilidade do usuário ficar fisicamente exposto a outras pessoas que não os profissionais de saúde ou da quebra do sigilo entre o profissional e o paciente .	Acolhimento e Emergência	Análise documental	A estrutura física do setor de acolhimento e consultórios confere privacidade ao atendimento de acordo com a legislação vigente?	Estrutura
2. Direito à informação: garantia do acesso às informações para os usuários.	a) Informar os tempos de espera aos usuários.	Recepção e Acolhimento	Observação sistemática	Os tempos médios de espera são informados aos usuários?	Processo
	b) Avaliar a presença de sinalização que garanta a autonomia de locomoção.	Geral	Observação sistemática	A sinalização existente na unidade garante o deslocamento dos usuários sem ajuda?	Estrutura
			Análise documental	A sinalização existente na unidade está em conformidade com o preconizado pelas legislações vigente?	
c) Divulgar as especialidades oferecidas pelo hospital para uma maior autonomia de escolha pelo usuário.	Geral	Observação sistemática	Há divulgação das especialidades oferecidas de forma clara aos usuários?	Estrutura	
		Entrevista dos Gestores	A unidade divulga as especialidades oferecidas aos usuários?		
3. Conforto: condições adequadas para garantir conforto aos usuários e profissionais.	a) Avaliar a adequação e conforto do mobiliário.	Geral	Análise Documental	Os mobiliários estão em quantitativo suficiente e de acordo com as especificações preconizadas para os ambientes hospitalares?	Estrutura
			Observação sistemática	Os mobiliários promovem conforto para os profissionais e usuários?	
				Os mobiliários estão em número suficiente para os usuários e acompanhantes?	
	b) Avaliar o conforto para os profissionais.	Geral	Questionário dos profissionais	O ambiente de trabalho é confortável e propício ao bom desempenho da atividade profissional?	Estrutura
				As condições de repouso no plantão são boas?	
		Observação sistemática	As instalações oferecem conforto aos profissionais?		
		Análise documental	O repouso dos profissionais está adequado?		

Quadro 9 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa.

(continuação)

Dimensões da qualidade	Descritores	Local avaliado	Instrumento	Questão norteadora para elaboração dos instrumentos	Dimensões da avaliação
3. Conforto: condições adequadas para garantir conforto aos usuários e profissionais.	c) Avaliar a limpeza do ambiente.	Geral	Questionário dos profissionais	Como os profissionais avaliam a limpeza das salas e ambientes da unidade?	Estrutura e Processo
			Observação sistemática	Há limpeza imediata na presença de vômito, sangue, urina, água ou outros resíduos?	
			Análise documental	A unidade disponibiliza insumos, equipamentos e instalações necessárias para a prática da higienização para profissionais, usuários, acompanhantes e ambientes, conforme legislação vigente?	
			Entrevista com Gestores	Como você avalia a qualidade da limpeza na unidade?	
	d) Avaliar a alimentação	Emergência	Questionário dos profissionais	A qualidade das refeições oferecidas pela unidade é satisfatória?	Estrutura
			Análise documental	A infraestrutura do refeitório e da produção e dispensação das refeições estão de acordo com as normatizações sanitárias e/ou contrato de prestação de serviço?	
	e) Avaliar a climatização	Geral	Observação sistemática	Os setores da unidade estão climatizados?	Estrutura
			Análise documental	A unidade promove a conservação, limpeza e monitoramento das colônias de micro-organismos de acordo com as normatizações sanitárias e/ou contrato de prestação de serviços?	Estrutura e Processo
			Entrevista com Gestores	Qual a sua avaliação sobre a climatização da unidade?	

Quadro 9 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa.

(continuação)

Dimensões da qualidade	Descritores	Local avaliado	Instrumento	Questão norteadora para elaboração dos instrumentos	Dimensões da avaliação
3. Conforto: condições adequadas para garantir conforto aos usuários e profissionais.	f) Avaliar a rouparia hospitalar	Emergência	Observação sistemática	Os lençóis das camas e macas estão limpos, bem conservados e se são trocados quando da saída do usuário ou presença de sujidade?	Estrutura
		Geral	Análise documental	O serviço de lavanderia da unidade está em conformidade com normatizações sanitárias, para as instalações físicas e fluxograma?	Estrutura e Processo
	g) Avaliar a iluminação.	Geral	Observação sistemática	Os setores da unidade estão bem iluminados?	Estrutura
			Análise documental	Luminárias produzem a intensidade de iluminação preconizada para os ambientes hospitalares?	
	h) Avaliar de uma forma geral as condições de trabalho para qualificação do atendimento.	Geral	Entrevista dos Gestores	Qual a sua opinião sobre às condições oferecidas para melhoria da qualidade do atendimento?	Estrutura e Processo
			Questionário dos profissionais	Qual a avaliação sobre o conforto e adequação das instalações para qualificação do atendimento?	
4. Acolhimento: postura dos trabalhadores e estruturação do serviço	a) Avaliar o direito à presença do acompanhante.	Emergência	Observação sistemática	É permitida a presença do acompanhante durante a permanência dos usuários?	Processo
	b) Observar a existência de equipe multiprofissional para o acolhimento na unidade.	Recepção e Acolhimento	Observação sistemática	Existe a presença de uma equipe multiprofissional que garanta a integralidade da assistência no momento da chegada do paciente?	Processo
			Entrevista com Gestores	Há incentivas a implantação e manutenção de equipe multidisciplinar para o acolhimento aos usuários?	
c) Observar a ordem de atendimento de acordo com a gravidade do caso.	Acolhimento e Emergência	Observação sistemática	Existe uma avaliação classificatória de risco para definição de prioridade no atendimento?	Processo	

Quadro 9 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa.

(continuação)

Dimensões da qualidade	Descritores	Local avaliado	Instrumento	Questão norteadora para elaboração dos instrumentos	Dimensões da avaliação
4. Acolhimento: postura dos trabalhadores e estruturação do serviço	c) Observar a ordem de atendimento de acordo com a gravidade do caso.	Acolhimento e Emergência	Análise documental	A avaliação classificatória de risco está normatizada para a determinação da ordem de atendimento?	Processo
			Observação sistemática	O paciente é encaminhado a outros serviços de forma responsável, depois de uma avaliação e com encaminhamento formal?	
	d) Avaliar o encaminhamento de forma adequada a outros serviços de saúde.	Acolhimento e Emergência	Questionário dos Profissionais	Qual é a sua avaliação sobre o suporte para o encaminhamento e à qualidade do serviço de transporte dos usuários?	Estrutura e Processo
			Análise Documental	Existe constatação de dificuldades na transferência dos usuários para outros serviços?	
			Entrevista com Gestores	Em sua opinião, quais são as dificuldades na transferência dos usuários para outros serviços?	
5. Priorização na atenção ao usuário: pronto-atendimento das necessidades dos usuários	a) Avaliar os tempos de espera.	Geral	Observação sistemática	O grau de risco determina um tempo máximo de espera para atendimento? Quais?	Processo
				Em quanto tempo se dá a espera para os vários tipos de atendimento de urgência e realização de exames?	
			Análise documental	Existe um protocolo estabelecido para a Classificação de Risco?	
				Quais são os tempos de espera estabelecidos nestes protocolos?	
			Entrevista com Gestores	Qual a opinião dos gestores quanto a adequação dos tempos de espera para o atendimento e exames?	
	b) Avaliar o número de atendimentos.	Geral	Questionário dos profissionais	Como você avalia o número de atendimentos realizados pelos profissionais?	Estrutura
			Análise Documental	O quantitativo de atendimentos está condizente com a legislação em vigor e a capacidade instalada das unidades?	

Quadro 9 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa.

(continuação)

Dimensões da qualidade	Descritores	Local avaliado	Instrumento	Questão norteadora para elaboração dos instrumentos	Dimensões da avaliação
5. Priorização na atenção ao usuário: pronto-atendimento das necessidades dos usuários	b) Avaliar o número de atendimentos.	Geral	Entrevista com Gestores	Qual a opinião dos gestores em relação ao quantitativo de atendimento?	Estrutura
6. Qualidade da assistência: cumprimento de rotinas do trabalho dos profissionais de nível superior de escolaridade e desenvolvimento das ações político-administrativas dos gestores.	a) Avaliar o preenchimento do prontuário pelos profissionais.	Geral	Análise documental	Existe o adequado preenchimento dos dados do paciente no prontuário, tais como: a) identificação; b) queixa; c) antecedentes clínicos; d) sinais vitais; e) conduta de enfermagem; f) historia clínica; g) exame físico; h) hipótese diagnóstica; i) exames solicitados; e j) prescrição?	Processo
				Quais as não conformidades existentes na estruturação e no preenchimento dos prontuários?	
	b) Avaliar o serviço de apoio diagnóstico.	Geral	Questionário dos profissionais	Como você avalia o suporte laboratorial e do setor de imagem?	Estrutura
			Entrevista com Gestores	Qual é a sua opinião sobre a qualidade dos serviços de apoio diagnóstico?	
			Análise Documental	Os serviços de apoio diagnóstico estão em conformidade com a legislação vigente?	
	c) Avaliar as condições de equipamentos e insumos.	Geral	Questionário dos profissionais	Como você avalia a disponibilidade, manutenção, qualidade e quantidade dos equipamentos e insumos?	Estrutura
Entrevista com Gestores			Qual é a sua opinião sobre a qualidade e quantidade dos equipamentos e insumos na unidade?		

Quadro 9 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa.

(continuação)

Dimensões da qualidade	Descritores	Local avaliado	Instrumento	Questão norteadora para elaboração dos instrumentos	Dimensões da avaliação
6. Qualidade da assistência: cumprimento de rotinas do trabalho dos profissionais de nível superior de escolaridade e desenvolvimento das ações político-administrativas dos gestores.	c) Avaliar as condições de equipamentos e insumos.	Geral	Análise documental	A unidade disponibiliza recursos materiais e equipamentos (incluindo os Equipamentos de Proteção Individual) de forma adequada a legislação vigente? A unidade dispõe de programa de manutenção de materiais e equipamentos ou contrato de prestação de serviços em acordo com as normatizações vigentes?	Estrutura
	d) Avaliar a quantidade de profissionais para garantir um bom atendimento aos pacientes.	Geral	Questionário dos profissionais	Há uma quantidade suficiente de médicos, enfermeiros e assistentes sociais para o atendimento aos usuários? Há uma quantidade suficiente de pessoal auxiliar para o atendimento aos usuários?	Estrutura
			Entrevista com Gestores	Qual é o entendimento dos gestores quanto à adequação do quantitativo de profissionais nas unidades?	
			Análise documental	As escalas dos profissionais do acolhimento e emergência estão completas?	
	e) Avaliar o gerenciamento e organização do trabalho.	Geral	Questionário dos profissionais	Qual a avaliação que os profissionais e gestores fazem da(o): organização do ambiente; fluxo interno; humanização e acolhimento; qualidade, resolutividade e eficácia; comportamento ético; número de atendimentos; carga horária; segurança; suporte para encaminhamento; e qualidade do transporte?	Estrutura e Processo
			Entrevista dos Gestores	Qual o seu entendimento sobre as questões referentes ao gerenciamento e organização do trabalho nas unidades?	
Análise Documental			Quais as não conformidades existentes nas unidades sobre as questões referentes ao gerenciamento e organização do trabalho?		

Quadro 9 – Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa.

(conclusão)

Dimensões da qualidade	Descritores	Local avaliado	Instrumento	Questão norteadora para elaboração dos instrumentos	Dimensões da avaliação
6. Qualidade da assistência: cumprimento de rotinas do trabalho dos profissionais de nível superior de escolaridade e desenvolvimento das ações político-administrativas dos gestores.	e) Avaliar o gerenciamento e organização do trabalho.	Geral	Observação Sistemática	Como se dá o fluxo interno de acolhimento, classificação e encaminhamento dos usuários?	Processo
	f) Avaliar a implementação de normas, rotinas, protocolos assistenciais e comissões internas.	Geral	Análise documental	Quais as normas, rotinas, certificados, protocolos assistenciais e comissões internas formalmente implementadas na unidade conforme legislação em vigor? A unidade possui as devidas licenças sanitárias? A unidade possui mapa de risco para os ambientes?	Processo
			Observação Sistemática	Existe um protocolo reconhecido para o ACCR na unidade?	
	g) Avaliar a contribuição dos trabalhadores para qualificação do atendimento de urgência.	Geral	Entrevista dos Gestores	Qual a contribuição que os trabalhadores dão para a melhoria da qualidade do atendimento?	Processo
	h) Avaliar o entendimento dos gestores quanto à qualidade da assistência aos usuários	Geral	Entrevista dos Gestores	Qual a sua opinião sobre a qualidade da assistência prestada na unidade?	Estrutura e Processo
	i) Avaliar a proposta de qualificação para o atendimento de urgência da unidade.	Geral	Entrevista dos Gestores	Existe uma proposta para qualificação do atendimento? Quais as condições da equipe gerencial para o desenvolvimento desta proposta?	Estrutura e Processo
				Em sua opinião quais são os pontos básicos de uma política de melhoria da qualidade assistencial? A unidade disponibiliza algum tipo de ação de EC para os profissionais?	

Nota: Adaptado de Mendes (2009).

4.5 Amostra

Compuseram como universo populacional deste estudo os a) profissionais de saúde com nível superior de escolaridade, diretamente envolvidos com a prestação da assistência em urgência e emergência, categorizados entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais e b) gestores destes dois serviços, totalizando uma amostragem de 34 sujeitos.

Desta forma, foi selecionado por sorteio a partir das escalas de plantão um médico por plantão diurno e noturno em dias alternados de uma mesma semana (ex. segunda, terça, quarta, quinta, sexta, sábado, domingo) em cada um dos dois serviços em análise, ou seja, 06 médicos por unidade, num total de 12 médicos, correspondendo a 17,6% do universo.

Para escolha dos enfermeiros os critérios foram os mesmos, selecionando um enfermeiro por plantão diurno e noturno, que lidem diretamente com a temática com acolhimento aos usuários, ou seja, 06 por unidade, num total de 12 enfermeiros, correspondendo a 33,3% do universo.

Em relação aos assistentes sociais foram selecionados apenas os que no momento da coleta de dados estavam lidando diretamente com a temática do acolhimento aos usuários, totalizando 06 sujeitos, o que corresponde a 100% do universo.

Quanto aos gestores foram selecionados 04 gestores, totalizando 100% do universo.

Apesar das amostras dos gestores e profissionais de saúde de nível superior terem sido estatisticamente representativas, não se configurou dentro dos objetivos deste estudo traçar análises ou comparações puramente quantitativas.

Portanto, a seleção da amostra do universo trabalhado foi dividida em subconjuntos excludentes (a exceção dos gestores) e homogêneos em relação às variáveis utilizadas para fazer a divisão da população estudada e a partir daí extrair uma amostra ao acaso em cada um desses grupos, dando uma maior representatividade e sendo assim caracterizada como aleatória com estratos de subconjuntos homogêneos da população (MENDES, 2009 apud RICHARDSON, 1985).

Vale salientar por fim, que todos os sujeitos selecionados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quando da aceitação do convite a participar da pesquisa (APÊNDICES D).

4.6 Coleta de Dados

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM/FIOCRUZ) na data de 12 de dezembro de 2012 e aprovado em 12 de março do ano subseqüente sob o número 11486812.0.0000.5190/2013 (ANEXO B).

Após a emissão do parecer junto ao CEP/CPqAM/FIOCRUZ, o projeto de pesquisa foi apresentado à direção da UPA Cabo e à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por carta (ANEXO C) para o detalhamento das atividades do projeto e autorização inicial para execução do mesmo. Obtendo por parte das supracitadas a promessa de colaboração com a realização deste projeto no município.

Em prosseguimento, após a apresentação do projeto junto à SMS do Cabo, foram feitos os contatos com as direções das duas unidades a serem pesquisadas. No contato com a direção dos dois serviços, além da apresentação da proposta da pesquisa, teve como função iniciar a preparação da coleta dos dados, com a prévia comunicação da pesquisa junto aos servidores e suas respectivas chefias. Neste momento, foram encaminhadas e afixadas cartas (ANEXO D) informando sobre a pesquisa, em locais com boa visibilidade para os profissionais.

Antes de ser iniciada a coleta dos dados, foi realizado um pré-teste *in lócus* com a versão final dos instrumentos de coleta encaminhados e aprovados pelo CEP/CPqAM/FIOCRUZ, no HMS com alguns profissionais, escolhidos aleatoriamente, para percepção de aspectos pertinentes a futura atividade de campo como, a média de tempo para aplicação dos questionários e o entendimento relativo ao conteúdo de cada questão pelos entrevistados, assim como, as possíveis dificuldades enfrentadas pelo pesquisador na aplicação dos questionários e mensuração dos tempos de espera pelos usuários.

Por fim, a coleta dos dados em documentos e com os profissionais e gestores foi realizada entre os meses de março e abril do corrente ano. Na aplicação dos questionários e realização das entrevistas, houve a apresentação da pesquisa expondo seus principais objetivos, importância e solicitação da cooperação, ressaltando a importância do estudo para o sistema de saúde.

4.7 Análise dos Dados

Seguindo a metodologia aplicada por Mendes (2009), para organização, processamento, análise e interpretação dos dados, foi feita uma abordagem baseada na

proposta metodológica que dividiu esse processo em dois movimentos, o primeiro correspondendo à análise interna do material e o segundo à análise contextualizada e triangulada dos dados (MINAYO, 2005).

No primeiro momento foram analisados os dados primários obtidos e seus resultados em cada um dos instrumentos. No segundo momento foi feita a relação entre as variáveis dos questionários dos profissionais e gestores, com os demais instrumentos para comparação, contextualização e busca de uma explicação síntese do fenômeno que este estudo avaliou.

Os dados coletados nos documentos oficiais, prontuários, questionários e entrevistas foram analisados obedecendo aos procedimentos éticos da pesquisa, tais como beneficência, não maleficência e justiça entre outros, de acordo com os parágrafos da resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº. 196 de 10 de Outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

4.7.1 Questionário com profissionais e gestores

Para a avaliação das condições de trabalho e qualidade da assistência foram utilizadas 24 questões sobre as condições estruturais de trabalho das unidades, os pontos críticos para o atendimento e a qualidade da assistência prestada. Definidas a partir do referencial teórico estudado e do conhecimento prévio da realidade das unidades em estudo, conforme as respectivas dimensões:

- a) Conforto;
 - Conforto como condição de trabalho;
 - Limpeza do ambiente;
 - Condições de repouso para os profissionais;
 - Qualidade da refeição oferecida;
 - Qualidade do serviço de transporte dos usuários (ambulância).
- b) Equipamentos e insumos;
 - Disponibilidade dos equipamentos de trabalho;
 - Manutenção dos equipamentos;
 - Quantidade de materiais para desenvolver as atividades.
- c) Quantidade de profissionais;
 - Quantidade de médicos no serviço;
 - Quantidade de enfermeiros no serviço;
 - Quantidade de assistentes sociais no serviço;

- Quantidade de pessoal auxiliar no serviço.
- d) Meios de diagnósticos e terapêuticos;
 - Suporte do serviço de laboratório;
 - Suporte do serviço de imagem.
- e) Qualidade, gerenciamento e organização;
 - Qualidade do atendimento prestado;
 - Organização do ambiente;
 - Humanização e acolhimento aos usuários;
 - Resolutividade e eficácia da assistência prestada;
 - Fluxos internos de atendimento aos usuários;
 - Suporte para o encaminhamento dos usuários;
 - Número de atendimento por turno;
 - Carga horária do turno de trabalho;
 - Comportamento dos profissionais diante dos pacientes;
 - Segurança oferecida pelo hospital.

Sendo solicitado para cada gestor e profissional que conceituasse os itens a serem avaliados em uma escala de valor que iria de ótimo a péssimo (APÊNDICE A).

Na tentativa de seguir o exemplo analítico da pesquisa de Mendes (2009), os conceitos foram igualmente agrupados como “bom” para as marcações dos sujeitos da pesquisa nas colunas Ótimo e Bom, e como “ruim” para as marcações em Péssimo e Ruim, permanecendo o conceito “regular” para as marcações na coluna Regular. Tendo sido o questionário aplicado em cada uma das emergências pesquisadas com 02 gestores², 06 profissionais médicos, 06 enfermeiros e 03 assistentes sociais, com os resultados apresentados de acordo com a proporção mínima de 50,0% para cada uma das condições analisadas conforme os conceitos preestabelecidos.

Quanto à seleção dos profissionais, estes foram listados nominalmente, numerados segundo a escala de plantão fornecida pelo hospital e os números foram sorteados para cada dia da semana: turnos do dia e da noite na Emergência. Sendo posteriormente criada uma codificação a ser utilizada no cabeçalho do questionário dos gestores e profissionais (APÊNDICE A) preservando assim o sigilo quanto à identidade dos entrevistados. O código identificou a profissão pela inicial de cada uma delas (gestor, G; médico, M; enfermeiro, E; e

² Apenas os resultados dos gestores não serão apresentados em forma de tabela, devido ao tamanho da amostra.

assistente social, A), os profissionais por números de 01 a 12 e a unidade por sua sigla (HMS e UPA Cabo).

Todos os questionários foram preenchidos pelos próprios profissionais e gestores, cabendo ao pesquisador apenas o esclarecimento de alguma dúvida. No geral, todos os gestores e profissionais selecionados e entrevistados forneceram um bom nível de colaboração com a pesquisa. Os dados coletados a partir das entrevistas foram digitados em planilha Excel e as análises realizadas através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

4.7.2 Entrevista com gestores

A entrevista com o ator social diretamente envolvido na gestão pública é fonte imprescindível de dados para se obter uma avaliação qualitativa, principalmente, ao se tratar de uma avaliação da dimensão político-administrativa da qualificação da assistência em UE aplicada ao cotidiano dos serviços aonde estes atores estão inseridos. Portanto, o uso de um instrumento adequado que se permita apreender a riqueza que um discurso possa vir a conter é de fundamental importância para se alcançar a aproximação entre as respostas e o que se quer investigar (MENDES, 2009).

Para tanto, nas entrevistas com os diretores das unidades pesquisadas, foi tomada a precaução de definir um planejamento predecessor à sua aplicação, conforme as etapas abaixo descritas:

- a) Estruturação – Formulação dos objetivos da investigação e descrição dos temas a serem investigados pela entrevista antes da sua realização.
- b) Planejamento – Adequação ao desenho do estudo, levando em consideração as observações necessárias à captação do conhecimento, bem como o planejamento para aplicação da entrevista levando em conta as implicações éticas do estudo;
- c) Entrevista – A condução da aplicação da entrevista foi baseada no roteiro temático previamente estruturado, com a abordagem reflexiva do marco teórico, considerando a situação de relação interpessoal da entrevista, bem como das implicações éticas em sua aplicação: a) informando ao entrevistado o objetivo do trabalho; b) a gravação das entrevistas, solicitando para tanto sua autorização e c) assegurando ao entrevistado o anonimato e o sigilo das respostas;
- d) Transcrição – Preparar o material da entrevista para análise, transcrevendo a entrevista oral gravada para texto escrito;

- e) Análise – Definir, com base nos propósitos e objetivos da investigação e na natureza do material da entrevista, o método de análise mais apropriado à utilização da mesma;
- f) Verificação – Determinar a generalização, fidedignidade e validade dos achados da entrevista.
- g) Relato – Descrição textual dos achados do estudo e dos métodos aplicados em um formato com critérios científicos, levando em consideração os aspectos éticos da pesquisa e apresentando os resultados como um produto legível e inteligível.

As entrevistas com os diretores das duas unidades pesquisadas foram realizadas utilizando um roteiro prévio dos temas a serem abordados, todos extraídos da tese de doutoramento de Mendes (2009), (ANEXO A), e com as perguntas sendo formuladas no momento da entrevista, conforme a definição dos temas:

- a) Contribuição dos trabalhadores para qualificação do atendimento de urgência;
- b) Avaliação que os diretores têm sobre a qualidade da assistência;
- c) Condições de trabalho para qualificação;
- d) Existência de uma política de qualificação para o atendimento de urgência proposta pelas Secretarias Estadual ou Municipal da Saúde, em consonância com as diretrizes do MS;
- e) Pontos básicos de uma política de melhoria da qualidade da assistência;
- f) Condições da equipe gerencial para o desenvolvimento de uma proposta.

Desta forma, como se pode ver, buscou-se analisar o entendimento político-administrativo dos diretores em relação aos diversos aspectos da política de qualificação da atenção em UE que os mesmos vislumbram estarem contidos na realidade cotidiana das unidades por eles gerenciadas, bem como aos obstáculos – internos e externos – enfrentados na elaboração e/ou implementação das adequações administrativas e legais previstas para estes serviços.

Sendo entrevistados os Diretores gerais e clínicos das duas unidades pesquisadas, por serem estes os principais atores sociais no desenvolvimento local das propostas de qualificação da assistência e UE, assim como, na relação político-administrativa direta entre as unidades e as secretarias estadual e municipal de saúde – incluindo neste estudo a Fundação Professor Martiniano Fernandes (IMIP Hospitalar), enquanto Organização Social (OS) responsável administrativamente pela UPA Cabo – para a implementação destas políticas.

As entrevistas com os quatro diretores foram transcritas logo após a sua realização, sendo os entrevistados designados na apresentação dos resultados das entrevistas como:

Entrevistado 01, 02, 03 e 04, garantindo assim o sigilo de suas identidades. Para a subsequente realização das categorizações das falas e suas respectivas análises, seguindo neste estudo o método proposto por Flick (2009), a partir da: a) Condensação, categorização e interpretação dos significados; e b) Estruturação dos discursos. Fazendo uma leitura cuidadosa de toda a entrevista para o seu integral entendimento, formulando a seleção das “unidades de significados” naturais expressadas pelo entrevistado e estabelecendo os temas dominantes de significado da forma mais natural e simples possível. Evitando ao máximo a preconceitualização das tematizações captadas nas entrevistas, correlacionando as tematizações aos objetivos específicos da pesquisa e, por último, descrevendo os significados essenciais do conteúdo obtido a partir dos entrevistados. Aglutinando assim os significados expressados em mais e mais significados essenciais do conteúdo.

A seguir apresentamos (Quadro 10) a estruturação da matriz para obtenção dos significados essenciais do conteúdo.

Quadro 10 - Matriz da Condensação de Significados das Entrevistas

Significados Essenciais do Conteúdo das Entrevistas		
Entrevista 01	Tema central da questão 1. Entender a contribuição dos trabalhadores na qualidade da assistência em UE. Dedicação do profissional ao trabalho; Observação de possíveis inadequações na formação para desenvolvimento do trabalho na emergência; Experiência Profissional para atuar nos serviços de urgência.	
Entrevista 02	Pergunta 01 Qual a contribuição dos trabalhadores para a qualificação do atendimento nas emergências? Qual o nível de dedicação dos servidores e funcionários? Existe uma formação adequada e voltada para o trabalho nas urgências?	Unidades naturais 1. ele tem uma característica de receber um profissional ainda com uma formação bastante inadequada... 2. geralmente são recém-formados sem especialização e que por conta disso ficam limitados na forma de atuação principalmente com os pacientes mais graves... 3. (...)
Entrevista 03	Os profissionais possuem a experiência necessária para o bom desempenho do trabalho nas urgências?	
Entrevista 04		
	Descrição essencial do conteúdo da questão pesquisada O entrevistado acredita que existe uma formação inadequada dos profissionais para a atuação nos serviços de UE...	

Fonte: Adaptado de Mendes (2009).

4.7.3 Análise documental

O uso de documentos em pesquisa sempre foi apreciado e valorizado devido à riqueza de informações que deles podem ser extraídas ou resgatadas. Justificando assim o uso da análise documental em diversas áreas das ciências humanas, sociais e da saúde pela possibilidade de ampliar o entendimento das questões e hipóteses de interesse do pesquisador,

a partir da identificação de informações factuais contidas em documentos (LÜDKE; ANDRE, 1986; HELDER, 2006).

Neste sentido, a análise documental pode propor-se tanto a produzir quanto a reelaborar conhecimentos, criando assim novas formas de compreensão de um determinado fenômeno, competindo ao pesquisador responsável pela análise a sintetização e interpretação das informações contidas nos documentos, bem como, na medida do possível, a determinação de tendências, pois a simples descrição destas informações, por si mesmas, não explicam nada; pressupondo que as informações contidas nos documentos possuem sentidos e significados, literais ou ocultos, que podem ser apreendidos por um leitor que interpreta a mensagem contida nele por meio de técnicas sistemáticas apropriadas. A mensagem pode ser apreendida, decompondo-se o conteúdo do documento em fragmentos mais simples, que revelem suas diversas sutilezas contidas (APOLINARIO, 2009; SÁ-SILVA et al., 2009).

Portanto, para esta pesquisa, a análise documental se utilizou de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise dos documentos, recorrendo a diferentes formas de interpretar o conteúdo textual e adotando normas sistemáticas para extração dos significados temáticos, a partir dos elementos mais simples do texto. Correlacionando a frequência da citação de determinado tema ou informação no documento, para medir o peso relativo atribuído à hipótese em análise pelo pesquisador (MINAYO, 2010).

Neste estudo a análise documental foi composta pelo conjunto legal de documentos como o prontuário dos usuários e os relatórios de auditoria e de inspeção sanitária, sendo estes, respectivamente assim apresentados adiante.

4.7.3.1 Prontuário dos Usuários

O registro das informações clínicas no prontuário do usuário é uma das principais formas de comunicação entre a equipe multiprofissional de saúde, responsável pela elaboração do plano terapêutico do usuário, assim como, é uma ferramenta legal importante para avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Para tanto, o prontuário deve ser revestido de observações qualificadas sobre o estado clínico do usuário, as intervenções realizadas e os resultados obtidos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2001; LABBADIA; ADAMI, 2004).

Portanto, o completo registro das informações deve ser entendido pelos profissionais enquanto uma rotina diária e de responsabilidade de todos, fazendo deste, uma prática constante, presente na cultura institucional dos serviços de saúde. Onde o registro dos dados

fornecidos pelo paciente, responsáveis legais ou ambos e dos resultados obtidos em qualquer tipo de exame ou terapêutica, é de extrema relevância e visa, acima de tudo, direcionar o melhor procedimento terapêutico para evolução da pessoa assistida, além de assinalar todas as medidas associadas e a ampla variabilidade de cuidados a serem adotados (SILVA, 2007).

Dessa forma, o prontuário deve ser constituído por um conjunto de informações, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do usuário e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, possibilitando assim a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional, a continuidade do cuidado, assim como, a legitimação e o respaldo às ações dos profissionais que prestam a assistência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002; LABBADIA; ADAMI, 2004).

Apesar do exposto acima, algumas dificuldades para o completo registro das informações pelos profissionais podem ser pontuadas, como por exemplo, a falta de tempo para um registro mais atento e detalhado da assistência prestada face à grande demanda oriunda dos usuários – especialmente nos SUE – e ao nível de prioridade dada à implantação de um sistema integrado e ágil para o processamento e recuperação dos dados (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2001).

Neste estudo, para percepção da qualidade da assistência em UE nas unidades pesquisadas também se buscou observar os pontos críticos quanto ao registro das informações em prontuários. Para tanto, foram previamente identificados na matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa os campos obrigatórios de preenchimento pelos profissionais médicos ou enfermeiros no atendimento aos usuários. Sendo observado o preenchimento dos seguintes campos do prontuário:

- a) Identificação do paciente;
- b) Queixas;
- c) Antecedentes Clínicos;
- d) Sinais Vitais;
- e) Conduta da enfermagem;
- f) História Clínica;
- g) Exame físico;
- h) Hipótese diagnóstica;
- i) Exames solicitados;
- j) Prescrição médica.

A ficha de coleta de dados sobre o preenchimento do prontuário do usuário foi elaborada por Mendes (2009) e utilizada neste estudo de forma objetiva, observando a existência de cada um dos pontos supracitados, cabendo uma análise de qualidade quanto a simples existência do preenchimento, não adentrando na qualidade quanto à coerência das informações contidas no prontuário (APÊNDICE E).

Foram analisados 03 prontuários de cada um dos profissionais médicos entrevistados nas duas unidades pesquisadas, totalizando 36 prontuários selecionados aleatoriamente após a alta da emergência, finalização do internamento ou encaminhamento do usuário para outra unidade. A avaliação objetiva do prontuário, quanto ao preenchimento dos campos, foi quantificada, dimensionada e apresentada adiante em forma de tabela de frequência. Apenas o item referente ao preenchimento dos exames solicitados será desconsiderado, uma vez que nem sempre foram solicitados. Ressalta-se por fim, que não se buscou uma representatividade estatística para esta análise.

4.7.3.2 Relatórios de Auditoria e Inspeção Sanitária

Este estudo optou pela utilização das informações contidas nos relatórios de auditoria e de inspeção sanitária por compreender que estes são instrumentos legais primordiais para a verificação da adequação e avaliação da qualidade dos SUE pesquisados. Onde, conforme as determinações da Gerência de Auditoria do SUS (GEAUD) da SES, de processos N°. 2012.000.060 e N°. 2012.000.059, bem como, da coordenação municipal de vigilância sanitária, todas do ano de 2012, realizaram-se auditorias e inspeções sanitárias, esta última apenas no HMS, para verificar o funcionamento das unidades e a assistência prestada aos usuários do SUS.

Desta forma, foram originados os relatórios preliminares de auditoria N°. 237 e 238, assim como, aos relatórios de inspeção sanitária de ordem N°. 0182, 0183 e 0184, que em sua fase analítica se utilizaram do relatório DATASUS – sobre a produtividade hospitalar e o movimento de Autorização de Internamento Hospitalar (AIH) – e de uma série de dispositivos legais, conforme consolidado no Quadro 11:

Quadro 11 - Legislações que nortearam as ações de auditoria e inspeção sanitária nas unidades pesquisadas, 2012

(continua).

Legislação	Finalidades
Portaria Nº. 2.616 de 12/05/1988;	Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país (BRASIL, 1998).
Portaria GM/MS Nº. 2.048 de 05/11/2002;	Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de UE (BRASIL, 2002).
Portaria GM/MS Nº. 399 de 22/02/2006;	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto BRASIL, 2006b).
Portaria GM/MS Nº. 648 de 28/03/2006;	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006c).
Portaria GM/MS Nº. 204 de 29/01/2007;	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle (BRASIL, 2007).
Portaria GM/MS Nº. 1.020 de 13/05/2009;	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de RLR de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2009b).
Portaria GM/MS Nº. 4.279 de 30/12/2010;	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
Portaria GM/MS Nº. 1.600 de 07/07/2011;	Reformula a PNAU e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS (BRASIL, 2011a).
Portaria GM/MS Nº. 1.601 de 07/07/2011;	Estabelece diretrizes para a implantação do componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da RAU, em conformidade com a PNAU (BRASIL, 2011b).
Portaria GM/MS Nº. 2.648 de 07/11/2011;	Redefine as diretrizes para implantação do Componente UPA 24h e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da RAU, em conformidade com a PNAU (BRASIL, 2011f).
Portaria GM/MS Nº. 505 de 29/05/2012;	Qualifica a UPA 24h do Estado de Pernambuco localizada no Município de Cabo de Santo Agostinho (BRASIL, 2012b).
RDC/ANVISA Nº. 50 de 21/02/2002;	Dispõe sobre o RT para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA À SAÚDE, 2020a).
RDC/ANVISA ³ Nº. 307 de 14/11/2002;	Altera a RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o RT para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA À SAÚDE, 2002b).
RDC/ANVISA nº 306 de 07/12/2004;	Dispõe sobre o RT para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA À SAÚDE, 2004).
RDC/ANVISA Nº. 44 de 17/08/2009;	Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA À SAÚDE, 2009).
NR/MTE ⁴ Nº. 32 de 16/11/2005;	Norma Regulamentadora (NR) de segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2005).
ABNT - NBR ⁵ 9050 de 31/05/2004;	Estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto, construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA NORMAS TÉCNICAS, 2004).

³ Resolução da Diretoria Colegiada (RDC).

⁴ Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

⁵ Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), Norma Brasileira (NBR).

Quadro 11 - Legislações que nortearam as ações de auditoria e inspeção sanitária nas unidades pesquisadas, 2012
(conclusão).

Legislação	Finalidades
Decreto Federal Nº. 5.296 de 02/12/2000;	Regulamenta as Leis nºs 10.048/2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098/2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências (BRASIL, 2000a).
Lei Nº. 10.098 de 19/12/2000;	Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências (BRASIL, 2000b).
Resolução CFM ⁶ Nº 1931 de 13/04/2010.	Aprova o Código de Ética Médica (BRASIL, 2010).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Já em sua fase operativa realizaram-se visitas às unidades, reuniões com a diretoria geral de cada unidade e com os responsáveis técnicos pelos serviços médicos e de enfermagem, assim como, análise dos prontuários dos usuários atendidos nestas urgências. Sendo as constatações destas auditorias e inspeções apresentadas por este estudo em suas “não conformidades”, que tenham alguma relação, direta ou indireta, com a prestação da assistência em UE.

4.7.4 Observação Sistemática

A observação sistemática utilizou-se de instrumentos de coleta (APÊNDICES B e C) adaptados de Mendes (2009), que determinavam, antecipadamente, os aspectos que deveriam chamar a atenção do observador (CONTANDRIOPOULOS et al., 1999). Configurando-se, desta forma, em uma modalidade especial de observação na qual não se é apenas um observador passivo, mas pode-se assumir uma variedade de funções dentro do estudo de caso e, de fato, participar dos eventos que estão sendo estudados. Permitindo, a partir do grau de envolvimento e participação do pesquisador, observações em profundidade (YIN, 2005).

4.7.5 Triangulação dos dados

A análise final utilizou-se da adaptação do instrumento elaborado por Mendes (2009), possibilitando assim a sistematização de todos os resultados a partir das dimensões propostas por este estudo, identificando na matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa em quais

⁶ Conselho Federal de Medicina (CFM).

das avaliações realizadas o tema (dimensão) foi correlacionado, extraindo dos resultados e discussões as variáveis de cada uma das dimensões que deveriam ser analisadas, para por fim, isolar os trechos em que a dimensão e suas variáveis são abordadas, transportando-as para matriz de análise por triangulação dos resultados, conforme exemplificado no Quadro 12:

Quadro 12 - Matriz de análise por triangulação dos resultados.

Tema/ Dimensão:				
Variáveis	Análises			
	Questionário dos Profissionais	Observação	Análise Documental	Entrevistas com Gestores
a	↓	↓	↓	↓
b	↓	↓	↓	↓
Conteúdo da síntese por triangulação dos resultados				
a	[Representação visual de conteúdo sintetizado]			
b	[Representação visual de conteúdo sintetizado]			

Fonte: Adaptado de Mendes (2009).

Com a utilização desta ferramenta metodológica, acredita-se ter conseguido captar o conteúdo central dos temas abordados por cada um dos instrumentos desta pesquisa, produzindo conclusões sínteses a partir das vários resultados parciais, propiciando, a partir do produto de todos achados, a elaboração de conclusões mais consistentes e aproximadas.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E OPERACIONAIS

5.1 Propriedades da Informação

A propriedade dos resultados gerados por este trabalho é de seu autor. Os resultados encontrados nesta pesquisa serão devidamente publicados em um periódico indexado, independente da confirmação ou não da hipótese da pesquisa.

5.2 Medidas de Proteção à Confidencialidade

A confidencialidade dos sujeitos da pesquisa foi estritamente mantida, em nenhum momento ou por quaisquer meios existirá a divulgação pública dos resultados que permita identificar os dados dos sujeitos da pesquisa. Bem como, esteve assegurado que todos os sujeitos envolvidos diretamente com a pesquisa, em caso de aceitação do convite à participação desta, assinaram o Tremo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

5.3 Critérios para Suspender ou Encerrar a Pesquisa

A pesquisa seria suspensa ou encerrada se o arquivo eletrônico matriz protegido por senha em diretório oculto e todos os outros arquivos de segurança fossem danificados ou perdidos integralmente e em caso de não possuir backups válidos, impossibilitando a utilização das informações salvas ou escritas.

5.4 Responsabilidades do Pesquisador e da Instituição

Pesquisador: O pesquisador está ciente e cumpriu os termos da Resolução 196 de 09/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde do MS, assumindo o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações, tornando os resultados desta pesquisa públicos, sejam eles favoráveis ou não e comunicando o Comitê de Ética em Pesquisa sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa.

Instituição: A instituição está ciente dos termos da Resolução 196 de 09/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde do MS.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nas linhas que se seguirão, buscaremos reforçar as discussões sobre a avaliação da qualidade aplicada aos SUE, a partir do entendimento que os profissionais e gestores da saúde fazem das condições oferecidas para o desempenho do trabalho e, por conseguinte, da qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS nas unidades pesquisadas. Adicionando a análise das observações sistemáticas em campo, assim como, a adequação das unidades às legislações e normatizações vigentes para estes serviços, constantes nos relatórios de auditoria e de inspeção sanitárias, com o intuito de fazê-la dialogar com os demais achados.

Para tanto, acreditando poder trazer mais atratividade e fluidez ao texto, optou-se por realizar a apresentação e discussão dos resultados de forma concomitante. Neste sentido, a cadência lógica da apresentação dos resultados nos subtítulos seguintes foi organizada a partir das análises dos (as): a) Questionários dos profissionais e gestores; b) Entrevistas com os gestores; c) Documentos; e d) Observações sistemáticas.

6.1 Questionários dos Profissionais e Gestores

O âmago da apresentação destes achados constituiu-se em uma busca para além da descrição dos eventos estabelecidos após a análise dos dados. Em verdade, buscou-se a partir de um exercício constante na apresentação e discussão dos dados coletados em campo ter como ponto de partida e chegada a premissa de que o componente humano é um elo vivo, dinâmico e relacional, presente em todo processo do cuidado à saúde. Para tanto, e não querendo aqui pormenorizar à importância do trabalho finalístico que o profissional de saúde e/ou gestor tem enquanto contribuição para a melhoria da qualidade do atendimento prestado ao usuário nos serviços de saúde, fato que vem sendo amplamente discutido nos últimos anos, não se buscou neste estudo embasar as impressões frente aos achados em estereótipos analíticos, fazendo destes, o fator primordial para justificar a determinação de um dado padrão de qualidade.

Na análise geral das condições de trabalho e qualidade da assistência oferecida pelas unidades de saúde (Tabela 1), nota-se que 14 das 24 condições foram bem avaliadas pelos profissionais e gestores, sendo estas respectivamente:

- 1ª) Quantidade de assistentes sociais;
 2ª) Limpeza da unidade;
 3ª) Carga horária do trabalho;
 4ª) Qualidade do atendimento;
 5ª) Resolutividade e eficácia;
 6ª) Comportamento dos profissionais;
 7ª) Organização do ambiente;
 8ª) Quantitativo de médicos;
 9ª) Humanização e acolhimento aos usuários;
 10ª) Quantitativo de enfermeiros;
 11ª) Conforto e adequação das instalações;
 12ª) Disponibilidade dos equipamentos;
 13ª) Quantidade de materiais;
 14ª) Número de atendimentos por plantão.

Assim como, a questão da segurança na unidade foi a condição pior avaliada, acompanhada pela qualidade do transporte e suporte para o encaminhamento dos usuários, respectivamente.

Tabela 1 - Avaliação das condições de trabalho nas emergências pesquisadas, 2013.

Condições de Trabalho (HMS e UPA Cabo)	Bom		Regular		Ruim	
	N	%	N	%	N	%
Conforto						
Conforto e adequação das instalações	17	50,0	11	32,3	6	17,6
Limpeza	25	73,5	6	17,6	3	8,8
Condições de Repouso	16	47,0	10	29,4	8	23,6
Qualidade da refeição	15	44,1	12	35,2	7	20,6
Equipamentos e insumos						
Disponibilidade de Equipamentos	17	50,0	7	20,6	10	29,5
Manutenção dos equipamentos	15	44,1	6	17,6	13	38,2
Quantidade de materiais	17	50,0	4	11,8	13	38,2
Quantidade de Profissionais						
Quantidade de Médicos	20	58,8	9	26,5	5	14,7
Quantidade de Enfermeiros	18	53,0	15	44,1	1	3,0
Quantidade de Assistentes Sociais	25	73,5	6	17,6	3	8,8
Quantidade de Pessoal Auxiliar	16	47,0	16	47,0	2	6,0
Meios Diagnósticos e Terapêuticos						
Suporte do Laboratório	15	44,1	12	35,3	7	20,6
Suporte do Serviço de Imagem	12	35,2	9	26,5	13	38,2
Gerenciamento e Organização do Trabalho						
Organização do ambiente	20	58,8	10	29,4	4	11,8
Fluxo Interno de Atendimento	16	47,0	12	35,3	6	17,6
Humanização e Acolhimento aos usuários	19	56,0	13	38,2	2	6,0
Qualidade do Atendimento	22	64,8	11	32,3	1	3,0
Resolutividade e Eficácia	22	64,8	11	32,3	1	3,0
Comportamento dos Profissionais	21	61,8	12	35,3	1	3,0
Número de Atendimentos por Plantão	17	50,0	10	29,4	7	20,6
Carga Horária do Trabalho	24	70,6	5	14,7	5	14,8
Segurança da Unidade	6	17,6	7	20,6	21	61,8
Suporte para Encaminhamento	7	20,6	7	20,6	20	58,8
Qualidade do Transporte	6	17,6	7	20,6	21	61,8

Fonte: Elaborado pelo autor.

A segurança da unidade, a qualidade do transporte, o suporte para o encaminhamento dos usuários, a manutenção dos equipamentos, o suporte ao serviço de imagem, o quantitativo de materiais e a disponibilidade de equipamentos também foram endossadas como as piores condições para mais da metade dos gestores e profissionais do HMS (Tabela 2), que em contrapartida, avaliaram positivamente a carga horária de trabalho, seguida pela resolutividade e eficácia do serviço de urgência e pelo quantitativo de assistentes sociais. Estes ainda julgaram como regular a quantidade de pessoal auxiliar, o conforto e adequação das instalações, o quantitativo de enfermeiros, a humanização e acolhimento aos usuários e a qualidade do atendimento.

Tabela 2 - Avaliação das condições de trabalho na emergência do HMS, 2013.

Condições de Trabalho no HMS	Bom		Regular		Ruim	
	N	%	N	%	N	%
Conforto						
Conforto e adequação das instalações	2	11,8	9	52,9	6	35,3
Limpeza	8	47,1	6	35,3	3	17,6
Condições de Repouso	3	17,6	8	47,1	6	35,3
Qualidade da refeição	7	41,8	7	41,8	3	17,6
Equipamentos e insumos						
Disponibilidade de Equipamentos	2	11,8	5	29,4	10	58,8
Manutenção dos equipamentos	1	6,0	3	17,6	13	76,5
Quantidade de materiais	1	6,0	4	23,5	12	70,6
Quantidade de Profissionais						
Quantidade de Médicos	7	41,8	6	35,3	4	23,5
Quantidade de Enfermeiros	7	41,8	9	52,9	1	6,0
Quantidade de Assistentes Sociais	9	52,9	5	29,4	3	17,6
Quantidade de Pessoal Auxiliar	4	23,5	11	64,7	2	11,8
Meios Diagnósticos e Terapêuticos						
Suporte do Laboratório	2	11,8	8	47,1	7	41,8
Suporte do Serviço de Imagem	1	6,0	3	17,6	13	76,5
Gerenciamento e Organização do Trabalho						
Organização do ambiente	6	35,3	7	41,8	4	23,5
Fluxo Interno de Atendimento	5	29,4	8	47,1	4	23,5
Humanização e Acolhimento aos usuários	6	35,3	9	52,9	2	11,8
Qualidade do Atendimento	7	41,8	9	52,9	1	6,0
Resolutividade e Eficácia	9	52,9	7	41,8	1	6,0
Comportamento dos Profissionais	8	47,1	8	47,1	1	6,0
Número de atendimentos por Plantão	8	47,1	5	29,4	4	23,5
Carga Horária do Trabalho	10	58,8	3	17,6	4	23,5
Segurança da Unidade	1	6,0	1	6,0	15	88,2
Suporte para Encaminhamento	1	6,0	2	11,8	14	82,3
Qualidade do Transporte	-	-	2	11,8	15	88,2

Fonte: Elaborado pelo autor

Já na opinião específica dos gestores e profissionais da UPA Cabo (Tabela 3), todas as condições foram bem avaliadas pela maioria dos profissionais e gestores, a exceção da

segurança da unidade, do suporte para o encaminhamento e da qualidade do transporte. Destaca-se ainda que a limpeza da unidade foi eleita por unanimidade como a melhor dentre as condições avaliadas.

Tabela 3 - Avaliação das condições de trabalho na emergência da UPA do Cabo, 2013.

Condições de Trabalho na UPA Cabo	Bom		Regular		Ruim	
	N	%	N	%	N	%
Conforto						
Conforto e adequação das instalações	15	88,2	2	11,8	-	-
Limpeza	17	100,0	-	-	-	-
Condições de Repouso	13	76,5	2	11,8	2	11,8
Qualidade da refeição	8	47,1	5	29,4	4	23,5
Equipamentos e insumos						
Disponibilidade de Equipamentos	15	88,2	2	11,8	-	-
Manutenção dos equipamentos	14	82,3	3	17,6	-	-
Quantidade de materiais	16	94,12	-	-	1	6,0
Quantidade de Profissionais						
Quantidade de Médicos	13	76,5	3	17,6	1	6,0
Quantidade de Enfermeiros	11	64,7	6	35,3	-	-
Quantidade de Assistentes Sociais	16	94,0	1	6,0	-	-
Quantidade de Pessoal Auxiliar	12	70,6	5	29,4	-	-
Meios Diagnósticos e Terapêuticos						
Suporte do Laboratório	13	76,5	4	23,5	-	-
Suporte do Serviço de Imagem	11	64,7	6	35,3	-	-
Gerenciamento e Organização do Trabalho					-	
Organização do ambiente	14	82,3	3	17,6	-	-
Fluxo Interno de Atendimento	11	64,7	4	23,5	2	11,8
Humanização e Acolhimento aos usuários	13	76,5	4	23,5	-	-
Qualidade do Atendimento	15	88,2	2	11,8	-	-
Resolutividade e Eficácia	13	76,5	4	23,5	-	-
Comportamento dos Profissionais	13	76,5	4	23,5	-	-
Número de atendimentos por Plantão	9	52,9	5	29,4	3	17,6
Carga Horária do Trabalho	14	82,3	2	11,8	1	6,0
Segurança da Unidade	5	29,4	6	35,3	6	35,3
Suporte para Encaminhamento	6	35,3	5	29,4	6	35,3
Qualidade do Transporte	6	35,3	5	29,4	6	35,3

Fonte: Elaborado pelo autor

Independentemente da unidade estudada, as condições do *conforto* foram todas conceituadas como “bom”, com a qualidade da refeição e as condições de repouso respectivamente obtendo os menores índices. Já para os gestores e profissionais do HMS a única condição que obteve o conceito “bom” foi a limpeza da unidade, com todas as demais condições do conforto recebendo o conceito “regular”.

Em uma análise geral da categoria dos *equipamentos e insumos*, a manutenção destes foi a questão com menor índice, apesar de todas as questões desta categoria terem sido

conceituadas como “bom”. Contudo, na opinião específica dos profissionais e gestores do HMS, a manutenção dos equipamentos foi a pior condição avaliada, seguida da quantidade de materiais e insumos e da disponibilidade de equipamentos, todas com conceito “ruim”.

Quanto à *quantidade de profissionais*, médicos, enfermeiros e assistentes sociais obtiveram conceito “bom” e o pessoal auxiliar obteve conceito regular como anteriormente apresentado. O mesmo se reproduz ao analisar a opinião dos gestores e profissionais do HMS, a exceção da quantidade de enfermeiros que recebeu conceito “regular”. Já para os gestores e profissionais da UPA Cabo todas as categorias profissionais receberam conceito “bom” em relação ao quantitativo de profissionais.

Quanto aos *meios diagnósticos e terapêuticos*, O suporte do laboratório obteve conceito “bom”, em contraponto ao suporte do serviço de imagem que obteve conceito “ruim” na opinião geral dos gestores e profissionais das duas unidades. Onde, as únicas divergências na comparação desta opinião por unidade estão no fato que, para os gestores e profissionais do HMS o laboratório obteve conceito “regular”, enquanto que para os da UPA Cabo, ambos os serviços receberam conceito “bom”.

Em relação ao *gerenciamento e organização do trabalho*, à questão da segurança da unidade recebeu a faixa de pior dentre todas as condições de trabalho nas unidades, seguida da qualidade do transporte e do suporte para o encaminhamento dos usuários. Da mesma forma, abaixo se apresenta a classificação geral das questões avaliadas com conceito “bom” pelos gestores e profissionais das unidades pesquisadas:

- 1°. Carga horária do trabalho;
- 2°. Qualidade do atendimento;
- 3°. Resolutividade e eficácia;
- 4°. Comportamento dos profissionais;
- 5°. Organização do ambiente;
- 6°. Humanização e acolhimento aos usuários;
- 7°. Número de atendimentos por plantão;

Na opinião específica dos gestores e profissionais do HMS, o melhor e o pior conceito também foram dados ao *gerenciamento e organização do trabalho*, com a carga horária de trabalho escolhida como melhor condição, acompanhada respectivamente da resolutividade e eficácia da assistência prestada e do número de atendimentos por plantão, em contraposição à segurança da unidade e a qualidade do transporte dos usuários juntamente eleitas como as piores dentre os aspectos relativos às condições de trabalho e qualidade da assistência.

Analisando a partir de cada uma das categorias profissionais nota-se que a opinião dos gestores foi a mais positivista de todas, com a limpeza da unidade, disponibilidade de materiais e insumos, quantidade de enfermeiros, organização do ambiente e a carga horária de trabalho nas unidades recebendo conceito “bom” de forma unânime por esta categoria profissional. Vale salientar que todas as demais questões também receberam o mesmo conceito, a exceção da qualidade do transporte e do suporte ao serviço de imagem que receberam o conceito “regular” pela maioria absoluta dos gestores e do suporte ao laboratório, da resolutividade e eficácia da assistência, do suporte ao encaminhamento e da quantidade de materiais e pessoal auxiliar pela metade destes. Por fim, a segurança da unidade foi avaliada pela metade dos gestores como ruim e como regular pela outra.

Para os médicos (Tabela 4) o suporte para o encaminhamento dos usuários foi a pior questão avaliada, acompanhada respectivamente da qualidade do transporte, da segurança nas unidades, do número de atendimentos por plantão e da manutenção dos equipamentos. Já a limpeza, a quantidade de assistentes sociais, a resolutividade e eficácia da assistência, o comportamento dos profissionais, a quantidade de materiais, a humanização e acolhimento aos usuários e a carga horária de trabalho foram bem avaliadas pela maioria dos médicos e o conforto e adequação das instalações, a disponibilidade de equipamentos, a organização do ambiente e o quantitativo de enfermeiros e pessoal auxiliar pela metade destes. Vale salientar que estas três últimas condições foram avaliadas como regular pela outra metade dos médicos.

Tabela 4 - Avaliação das condições de trabalho nas emergências pelos médicos, 2013.

(continua)

Condições de Trabalho Médicos	Bom		Regular		Ruim	
	N	%	N	%	N	%
Conforto						
Conforto e adequação das instalações	6	50,0	4	33,3	2	16,7
Limpeza	9	75,0	3	25,0	-	-
Condições de Repouso	5	41,7	3	25,0	4	33,3
Qualidade da refeição	4	33,3	5	41,7	3	25,0
Equipamentos e insumos						
Disponibilidade de Equipamentos	6	50,0	3	25,0	3	25,0
Manutenção dos equipamentos	4	33,3	2	16,7	6	50,0
Quantidade de materiais	7	58,3	1	8,3	4	33,3
Quantidade de Profissionais						
Quantidade de Médicos	5	41,7	2	16,7	5	41,7
Quantidade de Enfermeiros	6	50,0	6	50,0	-	-
Quantidade de Assistentes Sociais	9	75,0	1	8,3	2	16,7
Quantidade de Pessoal Auxiliar	6	50,0	6	50,0	-	-
Meios Diagnósticos e Terapêuticos						
Suporte do Laboratório	5	41,7	4	33,3	3	25,0
Suporte do Serviço de Imagem	4	33,3	3	25,0	5	41,7

Tabela 4 - Avaliação das condições de trabalho nas emergências pelos médicos, 2013.
(conclusão)

Condições de Trabalho Médicos	Bom		Regular		Ruim	
	N	%	N	%	N	%
Gerenciamento e Organização do Trabalho						
Organização do ambiente	6	50,0	6	50,0	-	-
Fluxo Interno de Atendimento	5	41,7	4	33,3	3	25,0
Humanização e Acolhimento aos usuários	7	58,3	5	41,7	-	-
Qualidade do Atendimento	7	58,3	5	41,7	-	-
Resolutividade e Eficácia	8	66,7	4	33,3	-	-
Comportamento dos Profissionais	8	66,7	4	33,33	-	-
Número de atendimentos por Plantão	2	16,7	3	25,0	7	58,3
Carga Horária do Trabalho	7	58,3	3	25,0	2	16,7
Segurança da Unidade	3	25,0	2	16,7	7	58,3
Suporte para Encaminhamento	1	8,3	2	16,7	9	75,0
Qualidade do Transporte	1	8,3	3	25,0	8	66,7

Fonte: Elaborado pelo autor

Para os enfermeiros (Tabela 5), a segurança oferecida pelas unidades, a qualidade do transporte e o suporte para o encaminhamento dos usuários foram as únicas condições negativamente avaliadas por pelo menos metade destes profissionais.

Tabela 5 - Avaliação das condições de trabalho nas emergências pelos Enfermeiros, 2013.
(continua)

Condições de Trabalho Enfermeiros	Bom		Regular		Ruim	
	N	%	N	%	N	%
Conforto						
Conforto e adequação das instalações	6	50,0	3	25,0	3	25,0
Limpeza	8	66,7	2	16,7	2	16,7
Condições de Repouso	5	41,7	5	41,7	2	16,7
Qualidade da refeição	6	50,0	5	41,7	1	8,3
Equipamentos e insumos						
Disponibilidade de Equipamentos	5	41,7	3	25,0	4	33,3
Manutenção dos equipamentos	6	50,0	2	16,7	4	33,3
Quantidade de materiais	6	50,0	1	8,3	5	41,7
Quantidade de Profissionais						
Quantidade de Médicos	9	75,0	3	25,0	-	-
Quantidade de Enfermeiros	7	58,3	4	33,3	1	8,3
Quantidade de Assistentes Sociais	8	66,7	3	25,0	1	8,3
Quantidade de Pessoal Auxiliar	6	50,0	4	33,3	2	16,7
Meios Diagnósticos e Terapêuticos						
Suporte do Laboratório	6	50,0	4	33,3	2	16,7
Suporte do Serviço de Imagem	5	41,7	2	16,7	5	41,7

Tabela 5 - Avaliação das condições de trabalho nas emergências pelos Enfermeiros, 2013.
(conclusão)

Condições de Trabalho Enfermeiros	Bom		Regular		Ruim	
	N	%	N	%	N	%
Gerenciamento e Organização do Trabalho						
Organização do ambiente	7	58,3	3	25,0	2	16,7
Fluxo Interno de Atendimento	7	58,3	2	16,7	3	25,0
Humanização e Acolhimento aos usuários	7	58,3	3	25,0	2	16,7
Qualidade do Atendimento	8	66,7	3	25,0	1	8,3
Resolutividade e Eficácia	7	58,3	4	33,3	1	8,3
Comportamento dos Profissionais	8	66,7	3	25,0	1	8,3
Número de atendimentos por Plantão	8	66,7	4	33,3	-	-
Carga Horária do Trabalho	8	66,7	1	8,3	3	25,0
Segurança da Unidade	3	25,0	2	16,7	7	58,3
Suporte para Encaminhamento	4	33,3	2	16,7	6	50,0
Qualidade do Transporte	5	41,7	1	8,3	6	50,0

Fonte: Elaborado pelo autor

Por fim, na opinião dos assistentes sociais participantes da pesquisa (Tabela 6), a qualidade do transporte dos usuários foi a pior dentre todas as condições, avaliada de forma unânime e proporcionalmente seguida pela segurança das unidades, o suporte ao encaminhamento dos usuários, a quantidade de materiais, a qualidade da refeição, o suporte do serviço de imagem e a disponibilidade e manutenção de equipamentos, em contraponto a resolutividade e eficácia da assistência prestada, a carga horária do trabalho, a limpeza, o quantitativo de assistentes sociais, a qualidade do atendimento, o número de atendimentos por plantão, as condições do repouso, o quantitativo de médicos e a organização do ambiente nas unidades que obtiveram as melhores avaliações respectivamente. Chama ainda atenção o fato de que, apesar da qualidade da assistência ter sido bem avaliada pelos os assistentes sociais e para além das condições acima avaliadas com conceito “ruim”, a humanização e acolhimento aos usuários – atividade fundamentalmente exercida pelos assistentes sociais e enfermeiros da unidade – recebeu conceito “regular”, da mesma forma, a quantidade de enfermeiros, o fluxo interno de atendimento, o quantitativo de pessoal auxiliar, o comportamento dos profissionais e o conforto e adequação das instalações obtiveram este mesmo conceito.

Tabela 6 - Avaliação das condições de trabalho nas emergências pelos Assistentes Sociais, 2013.

Condições de Trabalho Assistentes Sociais	Bom		Regular		Ruim	
	N	%	N	%	N	%
Conforto						
Conforto e adequação das instalações	2	33,3	3	50,0	1	16,7
Limpeza	4	66,7	1	16,7	1	16,7
Condições de Repouso	3	50,0	2	33,3	1	16,7
Qualidade da refeição	2	33,3	1	16,7	3	50,0
Equipamentos e insumos						
Disponibilidade de Equipamentos	2	33,3	1	16,7	3	50,0
Manutenção dos equipamentos	2	33,3	1	16,7	3	50,0
Quantidade de materiais	2	33,3	-	-	4	66,7
Quantidade de Profissionais						
Quantidade de Médicos	3	50,0	3	50,0	-	-
Quantidade de Enfermeiros	1	16,7	5	83,3	-	-
Quantidade de Assistentes Sociais	4	66,7	2	33,3	-	-
Quantidade de Pessoal Auxiliar	2	33,3	4	66,7	-	-
Meios Diagnósticos e Terapêuticos						
Suporte do Laboratório	2	33,3	2	33,3	2	33,3
Suporte do Serviço de Imagem	2	33,3	1	16,7	3	50,0
Gerenciamento e Organização do Trabalho						
Organização do ambiente	3	50,0	1	16,7	2	33,3
Fluxo Interno de Atendimento	1	16,7	5	83,3	-	-
Humanização e Acolhimento aos usuários	2	33,3	4	66,7	-	-
Qualidade do Atendimento	4	66,7	2	33,3	-	-
Resolutividade e Eficácia	5	83,3	1	16,7	-	-
Comportamento dos Profissionais	2	33,3	4	66,7	-	-
Número de atendimentos por Plantão	4	66,7	2	33,3	-	-
Carga Horária do Trabalho	5	83,3	1	16,7	-	-
Segurança da Unidade	-	-	1	16,7	5	83,3
Suporte para Encaminhamento	-	-	1	16,7	5	83,3
Qualidade do Transporte	-	-	-	-	6	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor

6.2 Entrevista com os Gestores

6.2.1 Contribuição dos trabalhadores para qualificação do atendimento de urgência.

Para os quatro entrevistados, a dedicação dos profissionais de saúde com o seu trabalho é de fundamental importância para melhoria na qualidade da assistência em UE ofertada aos usuários, embora tenham entendimentos distintos sobre essa dedicação.

Para o entrevistado 02 esta dedicação torna-se mais forte, quando os incentivos à ética profissional e à dedicação ao trabalho fazem parte da cultura institucional:

Agora, são pessoas que estão com muita vontade de trabalhar, e assim, aqui a gente também proporciona educação continuada. Então a gente proporciona alguns cursos, não de especialização! (Entrevistado 02).

[...] são pessoas que são dedicadas ao trabalho e a gente procura fazer oficinas de integração que tem no IMIP. (Entrevistado 02).

A gente também faz um programa de visita no IMIP sede, que apesar do IMIP hoje estar bem descentralizado, mas, volta-se muito para o IMIP sede. Então a gente faz visita ao museu que conta a história da unidade, que fala desta filosofia, enfim, é uma preocupação muito do IMIP e a gente procura estar sempre trazendo este funcionário para esta visão mesmo da instituição, de vestir a camisa! (Entrevistado 02).

[...] eu vejo vontade de trabalhar e a gente procura realmente plantar essa sementinha, de vestir mesmo a camisa da unidade para que possa dar um atendimento melhor aos usuários. (Entrevistado 02).

Contudo, outro entrevistado da mesma instituição que o anterior, contrapõe em parte esta supracitada dedicação. Onde, segundo o mesmo, pode-se inferir uma parca dedicação devido às dificuldades na formação e fixação dos profissionais para atuar nos serviços de urgência.

[...] chega também uma urgência, uma emergência que tem que ser atendida de imediato e com toda a dedicação dos profissionais e isto eventualmente não é atendido. (Entrevistado 01).

Sobre os aspectos motivacionais divergentes entre as instituições públicas e o IMIP Hospitalar, qualificado como OS, para operacionalizar a gestão e executar ações de serviços de saúde na UPA Cabo. Dentre as divergências pode-se ressaltar a dinamicidade na composição e recomposição do quadro de profissionais entre as duas unidades pesquisadas, onde, no caso da unidade gerida pela supracitada OS, em certos momentos esta precariedade do vínculo institucional é encarada positivamente para organização dos processos de trabalho.

E assim, como aqui o pessoal trabalha realmente em regime de CLT, então [...], quem não se adequa ao perfil, infelizmente a gente não pode manter na instituição. Então isso de certa forma faz um pouco as pessoas repensarem na suas atitudes porque aqui diferente do público, a gente pode ter algumas iniciativas do tipo [...] algumas punições, advertências, suspensões, que as vezes no público é mais complicado você fazer. E isso de certa forma surte também um efeito, não que a gestão seja baseada só em castigos, vamos dizer assim, em punições. (Entrevistado 02).

[...] as pessoas até confundem, acham que é uma instituição pública, mas que na verdade é privada, então as pessoas que trabalham aqui é de carteira assinada. Então assim, eu tive um pouco de dificuldade porque as pessoas vêm com um pouco de vícios, de querer fazer isso aqui, não cumprir muito horário, e tal. (Entrevistado 02).

Mas quem trabalha no IMIP sabe, eles batem muito nessa tecla da ética profissional, da sua honestidade, em relação ao que você está vindo, você está vindo para prestar atendimento ao paciente, onde você tem que vir da melhor forma, cumprir seu horário, fazer o que você tem de fazer. Eu acho que o IMIP não é só de cobrar, eu acho que ele valoriza muito o profissional na medida do possível, porque para alguns profissionais valorização é só dar um incremento no salário. (Entrevistado 02).

Nesta última fala do entrevistado 02, fazemos uma correlação a Borges (2004), ao relatar que ações de monitoramento com ênfase na ética profissional, nas melhorias das condições de trabalho ou em recompensas financeiras nem sempre geram diretamente um maior envolvimento do profissional, mas que, contudo afastam alguns entraves para a continuidade de um bom desempenho profissional.

Outros entrevistados apontam para o fato de que, por vezes, mesmo em não estando claramente delimitado um programa de EC para a unidade, o desejo do profissional de trabalhar em uma urgência, aliado a oferta de serviços de retaguarda na instituição, por si só, atua como um fator motivacional para a dedicação dos profissionais e a fixação dos mesmos na instituição.

[...] eu acho que eles realmente estão preparados para este tipo de trabalho, são poucos, eu tenho que falar do geral, mas são poucos que não tem essa qualificação, já escutei até do profissional: – Eu estou aqui é para aprender, eu passei muito tempo em ambulatório, eu estou querendo retomar isto. (Entrevistado 04).

[...] nós temos urgentista e pessoas que estão enveredando pelo lado da cirurgia que tem interesse de estar aqui por ser um hospital de urgência e emergência e pelo o fato da gente e estar abrindo o bloco com a perspectiva aí de mais procedimentos. (Entrevistado 03).

Esta dedicação também pode ser aferida por categorias profissionais dentro da instituição.

E particularmente a enfermagem quando opta por este serviço ela já tem ou a experiência ou a vontade de estar se especializando mais nesta área, então eu vejo boa resolutividade por parte de enfermagem, porque eles realmente se identificam com o serviço [...]. (Entrevistado 03).

[...] realmente eles tem dedicação, a esta hora estão todos os 4 plantonistas aqui, fora o plantonista traumato-ortopedista e o plantonista que é o cirurgião, estão todos aqui. Dificilmente a gente escuta, também são poucos os casos, ah este médico vive faltando, certo, tem um ou dois que realmente eu estou até de olho [...]. (Entrevistado 04).

Quanto à formação acadêmica dos profissionais para se trabalhar nos serviços de urgência, os entrevistados comungam da opinião de que as instituições de ensino não tem uma formação específica voltada para a atuação dos profissionais nos serviços de urgência. Deixando por vezes esta formação específica a mercê do empenho individual do profissional, principalmente no campo da aquisição de experiência prática nas mais variadas clínicas.

A UPA, ela tem uma característica de receber um profissional ainda com uma formação bastante inadequada [...]. (Entrevistado 01).

Eu não acho que tenha uma formação adequada, eu não acho! (Entrevistado 04).

Eu não posso dizer que tem uma formação profissional para a UPA em si, mas em relação às emergências a gente percebe que algumas categorias o curso por si só não dá tanto embasamento. Porque a parte prática a gente sabe, deixa um pouco a desejar, apesar de ter os estágios obrigatórios e tal, deixa um pouco a desejar e a gente sente um pouquinho da necessidade de uma formação complementar. Agora o pessoal é como eu lhe disse, procura muito especialização, tem gente que já faz residência [...]. (Entrevistado 02).

Tem esse perfil, eu acho que a universidade a parte prática, como um todo, não só emergência eu acho, mas dos perfis de cada clínica, não tem tanto tempo de vivência. (Entrevistado 02).

[...] quando eu estava em formação na UPE, na universidade, eu passei mais de dois anos na urgência do Getúlio Vargas, como experiência extra curricular. Eu dava plantão lá na quinta noite e domingo dia e acompanhava. Quando estava enfraquecendo a clínica médica, a emergência da clínica médica, eu dava um pulinho na cirurgia, ia para a traumato-ortopedia e assim ia. Então eu procurei! Tem alguns aqui que também procuraram, tem história que a gente conversa um com o outro e tem história: - Ah quando eu era acadêmico isso e isso. Realmente tem pouca gente que não sente esta dificuldade, se fosse só a universidade não tinha um preparo adequado. Como dentro da universidade a gente sente esta carência, a gente procura. (Entrevistado 04).

Com o entendimento de que também compete às unidades o dever de exercer este papel formador, através da EC dentro dos serviços e voltada para a normatização e melhoria da qualidade do atendimento em urgência, além do repasse das novas tecnologias de cuidado. Utilizando-se inclusive desta EC como ferramenta de adequação do profissional à cultura da instituição.

[...] fazendo um sistema de treinamento mesmo, oficina de integração, que fala da história do IMIP, do perfil, a filosofia da instituição, a missão da empresa. (Entrevistado 02).

[...] a gente tem feito esta oficina e o IMIP inclusive está com esta proposta de fazer uma oficina até diferenciada para estes veteranos, que já estão aqui há algum tempo, que já conhece um pouco, tem uma proposta agora de fazer uma oficina de integração para novatos e veteranos. (Entrevistado 02).

Pra médico a gente até por um tempo promoveu o ACLS e o PALS. E a gente procura muito, bate muito em cima desta educação permanente, por dois motivos: primeiro pela qualificação deste profissional e também até em cima do perfil que a unidade quer construir de profissional, visando muito esta questão da humanização, que é uma coisa muito do IMIP e até esta questão da classificação de risco, que é uma coisa nova, recente pra saúde do estado. Então a gente procura fazer muito educação continuada no sentido da classificação, do protocolo que a gente usa, dos objetivos, é uma preocupação nossa de estar fazendo educação continuada com os profissionais. (Entrevistado 02).

Ao mesmo tempo, apontam para os entraves na viabilização e manutenção desta EC nas unidades de saúde, fato que termina por deixar os treinamentos um tanto morosos e espaçados, por vezes não alcançando as necessidades de capacitação demandadas pelos serviços.

Na verdade a proposta do IMIP é esta! Porém como a gente começou a administrar muitas unidades em pouco tempo, então faltou um pouquinho de pernas para fazer esta integração pré-campo, pré-início de trabalho. Então o que é que a gente fez, o pessoal foi entrando e aos poucos a gente está recrutando estas pessoas [...]. (Entrevistado 02).

Apesar da gente ainda oferecer alguns cursos como ATLS, PALS, ACLS, mas sem dúvida não atende as necessidades. (Entrevistado 01).

Contudo, para um dos entrevistados, mesmo com a existência das dificuldades na formação e EC dos profissionais, conforme supracitado nas falas dos entrevistados, os profissionais com pouca experiência em UE representam hoje a minoria dos servidores dentro do quadro de profissionais:

Mas isso aí é só um, dois, três profissionais no máximo que não tem o preparo adequado para exercer esta função de urgência aqui. Inclusive a gente tem profissional aqui que trabalha na restauração, trabalha no interior, tem gente aqui que trabalha no regional de limoeiro, e eles tem esta questão de urgência. Outros não! Vem do PSF, tudinho, mas são só alguns, poucos, poucos, poucos. (Entrevistado 04).

Por fim, pouco se identifica entre os gestores entrevistados o entendimento de que a formação e desenvolvimento tecnicista e teórico-metodológico dos estudantes e trabalhadores de saúde têm como celeuma não dicotomizar:

- a) a atenção individual da coletiva;
- b) as doenças e adoecimentos da vigilância e promoção da saúde;
- c) a qualidade de vida (biológica) do andar da vida (produção subjetiva);
- d) não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância);
- e) não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população;

Aceitando que há incertezas na definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituído das profissões e do campo da atenção integral à saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006; CECCIM, 2005; CECCIM; FERLA, 2003).

No geral, os processos de formação profissional em saúde não podem ignorar as atuais transformações econômicas, sociais, políticas e culturais pelas quais passam o mundo. Por outro lado, a simples adequação a elas mantém os trabalhadores como recursos de produção e, assim, como objetos dos processos de trabalho, ao invés de sujeitos (RAMOS, 2005).

Quanto ao entendimento da necessidade de uma experiência profissional específica para se atuar nos serviços de UE, apesar de todos concordarem com a importância desta, encontramos divergências nas falas dos entrevistados em relação, por exemplo, ao perfil etário dos profissionais de cada unidade, principalmente em relação aos profissionais

médicos. Onde em uma das unidades pesquisadas, identificamos nas falas dos gestores uma composição dos quadros mais voltada à profissionais recém-formados. Enquanto que em outra, essa composição era fundamentalmente de profissionais com idades mais avançadas. Como podemos observar nas falas dos entrevistados, nas duas primeiras fazendo referência a UPA Cabo, enquanto que na terceira ao HMS:

Mas eu acho que a grande maioria do nosso quadro realmente é de pessoal mais novinho, não tem tanta experiência com urgência [...]. (Entrevistado 02).

Resumindo é isso, temos muitos profissionais, muitos profissionais recém-formados [...]. (Entrevistado 02).

Mas voltando a pergunta eu acho que o grande número ainda é o médico com a idade mais avançada, final de carreira, muito tempo no município e no entorno [...]. (Entrevistado 03).

Identifica-se que para o Entrevistado 02 existe uma correlação entre a dificuldade de fixação destes profissionais nos serviços e o fato do quadro de funcionários ser composto fundamentalmente por profissionais em início de carreira, assim como, o fato da unidade situar-se um pouco distante da capital.

A gente tem tido um quadro de pessoal, tanto enfermeiro, médico, um pessoal bem novinho. A realidade é essa! (Entrevistado 02)

A gente sabe que o mercado de saúde está bem aquecido, que tem muito campo de trabalho e por aqui ser distante a gente tem um pouco de dificuldade de conseguir profissional com muita experiência na área. (Entrevistado 02).

[...] a gente também tem um quadro de pessoal novinho, que não tem muita experiência, pessoal recém-formado. (Entrevistado 02).

Estes profissionais, em alguns casos, estão “de passagem na UPA”. Desta forma, atribuindo uma característica à UPA Cabo, de unidade de trânsito para os seus funcionários, estando estes exercendo suas funções enquanto aguardam aprovação em um curso de residência ou concurso público, comprometendo assim a consolidação da vinculação dos profissionais com a unidade.

Um outro problema desta formação é a alta rotatividade destes profissionais, porque ele como recém-formado, ele está de passagem na UPA, até conseguir passar em uma residência, especialização ou um emprego de concurso público onde ele vai adquirir maior estabilidade e com isso a gente tem uma alta rotatividade. (Entrevistado 01)

Quando a gente consegue que o profissional fique mais tempo, a gente já consegue melhorar a qualidade pela própria experiência adquirida no serviço. (Entrevistado 01).

[...] geralmente são recém-formados sem especialização e que por conta disso ficam limitados na forma de atuação principalmente com os pacientes mais graves por

mais esforço que eles tenham, é ainda um esforço meio disperso, falta de treinamento e experiência. (Entrevistado 01).

Então quando a gente pega profissionais recém-formados tem um pouquinho de dificuldade no começo, mas aqui também a rotatividade de paciente é tão grande que ele consegue com pouco tempo aqui de UPA o que ele busca, estudar com os profissionais, ele já vai adquirindo esta experiência até mais rápido. (Entrevistado 02).

Outro entrevistado aponta ainda para o fato de que algumas experiências profissionais adquiridas pelos profissionais quanto à rotina de trabalho nas urgências, são por vezes incompatíveis a cultura institucional da unidade a qual dirige.

Então eu sinto sinceramente, principalmente o IMIP sente uma certa dificuldade, porque a gente sabe que o profissional acostumado a trabalhar no setor público tem alguns vícios, algumas coisas. Eu senti muito isso no começo, e o IMIP ele é uma instituição a ter uma tendência 100% SUS [...]. (Entrevistado 02).

Enfim, as considerações acima expostas pelos entrevistados corroboram em parte com as evidências relatadas por Elias (2006), de que o trabalho nas emergências apresenta características próprias e inerentes ao atendimento que limitam o interesse profissional de seguir carreiras prolongadas na área de UE, devido à inexistência em muitos casos de um plano de carreira específico para esta área e às limitações da capacidade humana de se trabalhar em situações de elevado grau de tensão emocional e situações limítrofes com altos riscos à sua auto integridade e à integridade dos usuários. Não havendo ainda expectativas ou propostas concretas de mudanças efetivas que superem esta situação e estimulem o desejo de seguir carreira nos SUE.

6.2.2 A qualidade da assistência prestada aos usuários.

Por razões distintas os entrevistados crêem haver, de uma forma geral, uma boa qualidade dos SUE, seja pelo o senso comum dos entrevistados em relação à qualidade das atividades cotidianas nas unidades, seja por mecanismos de avaliação implantados na unidade. Contudo, também trazem em suas falas o julgamento pessoal sobre os entraves e as críticas dos usuários à boa qualidade dos serviços prestados, como a falta de integralidade entre os serviços nos diversos níveis de complexidade e a baixa importância dada ao usuário enquanto foco central do plano terapêutico:

Então assim, quando este cidadão chega e é bem tratado, começando pela recepção e terminando pela sua alta, [...] da urgência e emergência, faz toda a diferença. (Entrevistado 03).

Mas de uma forma geral eu diria que o paciente está mais satisfeito, principalmente pelo o nosso foco, que a gente é uma urgência. [...] Mas aí na hora que este paciente é bem assistido e sai desse risco iminente de morte gera uma satisfação muito grande pela família e geralmente eles costumam agradecer pelo o atendimento que foi prestado. (Entrevistado 03).

A gente vê que o pessoal tem uma certa queixa do laboratório, na questão dos exames, mas na questão do ambulatório, não temos tanta queixa e quase nenhuma na emergência. (Entrevistado 04).

E a pesquisa de satisfação como ela é feita em tópicos e a gente faz a busca em 10% dos usuários a maioria das respostas são positivas, graças a Deus, o nosso índice maior é de bom. (Entrevistado 02).

A emergência ela é resolutiva, agora a gente recebe uma quantidade de problemas ambulatoriais grandes, então como não é o foco o cidadão, aonde ele realmente está mais próximo da gente e está tendo suas questões, bem ou mal, sendo resolvidas é no internamento. (Entrevistado 03).

O que o pessoal dentro da emergência se queixa é o seguinte, a gente faz uma transferência e muitas vezes a gente não tem aquele transporte, naquele momento para levar o paciente. Então o médico fez o trabalho dele, os enfermeiros fizeram o trabalho deles, tudinho, mas falta alguma coisa [...]. (Entrevistado 04).

A fala que se segue nos traz a reflexão de que questões sócio-culturais, em muitos casos, fazem com que os usuários desconheçam em parte os seus direitos e, assim sendo, reforça a teoria já discutida neste estudo de que nem sempre uma avaliação positiva por parte dos usuários que utilizam os serviços de UE, por si só, representa a realidade de uma boa qualidade na assistência. Trazendo consigo uma espécie de “cegueira” sobre a compreensão do usuário do que de fato seria uma boa assistência:

Na verdade a população quer muito pouco para estar satisfeita, com muito pouco ela fica satisfeita. É claro né que isto está diretamente ligado ao que a gente tem a oferecer ao profissional, na hora em que você tem as medicações, o suporte do serviço, das máquinas funcionando. Então o médico, o profissional de saúde ele já atende com mais gás e isso reflete no usuário, porque ele sai com a coisa resolvida, vamos dizer assim. (Entrevistado 03).

Novamente fazendo menção à afirmativa de Hopkins (1991) e Wan & Ferreiro (1991), de que os usuários nem sempre estariam em condições de distinguir o nível de qualidade da assistência a eles prestada, em parte, devido à especificidade dos critérios técnicos inerentes ao tratamento, assim como, à subjetividade inerente a um julgamento de valor que em muito é motivado por sentimentos de gratidão e decepção. Resultando assim, a qualidade da assistência de um conjunto de indicadores que o usuário, nem sempre, estaria em condições de realizar de forma ampla e coerente.

Pode-se a partir desta compreensão, supor que uma intervenção comprovadamente ineficaz, sob a perspectiva técnico-assistencial, pode vir a satisfazer o usuário na medida em

que a cordialidade e atenção dada pelos profissionais as angústias expressadas por este ou simplesmente a prescrição de um medicamento, exame ou encaminhamento, ainda que inteiramente paliativos e desconectados das reais necessidades diagnóstico-terapêuticas, interferem no julgamento sobre sua satisfação com o atendimento ofertado, pois em outros casos a satisfação dos usuários com a assistência prestada, por si só, se configura no escopo de uma eficaz intervenção.

E neste sentido, o Entrevistado 02 aponta para a necessidade de implantar e implementar serviços que de alguma forma possam aferir esta satisfação dos usuários. Informando que no caso da unidade que está sob sua gestão, a existência de um serviço de avaliação periódica da satisfação do usuário é uma condição contratual entre a unidade e a Secretaria Estadual de Saúde (SES). Fazendo uma rápida descrição dos mecanismos implantados para mensuração da satisfação dos usuários e de quais aspectos são avaliados, assim como, da utilização dos resultados pela administração da unidade, como ferramenta de embasamento para tomada de decisão por parte da direção.

Assim sendo, o Entrevistado 02 corrobora com a crítica feita por Mendes (2009), em seu estudo, uma vez que, em não encontrando nas emergências pesquisadas por ele qualquer inquérito sobre a satisfação dos usuários, defendeu o entendimento de que as avaliações de qualidade deveriam constituírem-se enquanto uma etapa essencial dos processos de planejamento e de administração para o setor saúde, possibilitando uma tomada de decisão mais racional em face à complexidade dos problemas enfrentados cotidianamente.

Olhe, graças a Deus, a gente tem uma avaliação muito positiva! A gente tem um serviço de atenção ao usuário que inclusive é uma condição contratual da secretaria estadual de saúde com a OS, que é o IMIP, que administra. (Entrevistado 02).

Então esta questão do acompanhamento da satisfação do usuário ela é uma condição contratual e é composto de duas frentes: uma é a caixinha de sugestão que a gente tem aqui que o usuário ele por vontade própria ele vai lá faz um elogio, inclusive a gente tem até muito elogio através desta caixinha de sugestão, aqui eles colocam muito elogios e colocam também muitas críticas [...] e tem a pesquisa de satisfação do usuário, uma pesquisa que a gente faz ativamente, a gente procura o usuário e faz com 10% dos usuários que tem acesso a unidade. (Entrevistado 02).

E o que é que esta pesquisa avalia? Avalia a estrutura física, avalia o relacionamento com o pessoal da recepção, com o enfermeiro, com o médico. Então ele faz uma avaliação geral e a gente como um todo tem tido um resultado positivo. (Entrevistado 02).

E o que eles avaliam o que eles mais falam como positivo é a questão da estrutura, então é o que a gente mais tem pontuação máxima é em relação a estrutura, iluminação, a questão do conforto, climatização é o que eles mais elogiam, mas infelizmente também são os que mais degradam. (Entrevistado 02).

[...] inclusive o que eu acho importantíssimo para o nosso trabalho, porque muitas vezes faz a gente enxergar algumas coisas que no dia a dia não consegue ver e quando a gente apura a gente vê que precisa melhorar alguma coisa. (Entrevistado 02).

Para complementar as falas supracitadas, trazemos o relato do Entrevistado 01 o qual descreve sobre os resultados das últimas avaliações de satisfação dos usuários e dos tempos médios de espera para o atendimento, levantados pela unidade:

Eu vou te dar os dados que a gente colhe aqui. Mensalmente a gente faz uma avaliação de satisfação em cima de questionários preenchidos pelos próprios usuários. E aí a gente tem mais de 90% de aceitação 'bom' e 'ótimo' em todos os quesitos pesquisados: desde o atendimento médico, burocratas, enfermagem, à limpeza. Em todos os itens desde a fundação da UPA nós temos tido mais de 90% de aceitação. (Entrevistado 01).

Outra avaliação que a gente faz, e aí a vantagem da UPA ser informatizada, é que a gente consegue ter a média de tempo de espera. Hoje aqui a gente tem um tempo médio de espera de menos de 40 minutos, para os não urgentes, pois para os urgentes o atendimento é imediato, isso é um tempo excelente! E em alguns plantões temos uma tendência de queda, agora em 2013, a gente aumentou o número de médicos e hoje a média esta em 26 minutos. Isso é o tempo da classificação até o atendimento médico. O tempo da chegada até a classificação fica em menos de 10 minutos. (Entrevistado 01).

6.2.3 Condições de trabalho para qualificação

De forma geral para os entrevistados, a melhoria na qualidade da assistência em UE só é sentida com o bom funcionamento do resto do sistema de saúde, ou seja, com a integralidade entre os serviços que compõem a RLR de atenção à saúde, em todos os níveis de complexidade.

Como observado no argumento de um dos entrevistados em relação a falta de integralidade com os serviços da rede básica de saúde da região, assim como, a questionável resolutividade da referida rede básica de saúde. Resultando em um aumento na demanda de usuários às emergências, com consequente superlotação e redução da qualidade da assistência prestada nestes serviços.

[...] muitas vezes procuram aqui o serviço, quando na verdade deveriam estar fazendo um acompanhamento em ambulatório, eu sinto muito isso em pediatria. A gente tem pacientes que dão aqui 14, 17 entradas num ano, uma criança! Uma criança desta significa no mínimo que não está indo uma vez por mês no pediatra, porque se ele estivesse indo não estaria voltando pra uma emergência com tanta frequência. (Entrevistado 02).

E a gente tem sentido muito isso, do último mês pra cá, este ano na verdade, [...] a gente tem sentido bastante a questão do município estar fechado! (Entrevistado 02).

O próprio médico ele fica um pouco mais cansado, porque tem mais paciente por hora pra atender, mas a gente tem tentado a todo custo falar pro pessoal: oh a gente precisa realmente atender, a gente não pode negar atendimento, mas a gente precisa dar principalmente um atendimento de qualidade. (Entrevistado 02).

A gente inclusive esta querendo até levantar estes dados para mostrar ao município. É uma responsabilidade compartilhada, nossa de estar recebendo este paciente. Porque também a gente não pode negar atendimento a uma criança que chega aqui com febre, com algum sintoma aqui, mas é uma responsabilidade também do município de por que não está dando. Será que é realmente o município que não está dando o atendimento? Será que a família não esta procurando porque está tendo alguma dificuldade? Então eu estou tentando fazer esta ponte com o município, vou tentar levantar estes dados para levar, porque é uma dificuldade nossa diária [...]. (Entrevistado 02).

Contudo, observamos na fala de outro gestor o entendimento da necessidade de articulação com a rede básica de serviços de saúde, no sentido de manter a continuidade da linha assistencial ao usuário. A partir de um conceito simples, mas de difícil concretização, trazido por Malta e Merhy (2010), quanto a responsabilização dos serviços e dos profissionais pela saúde pelo usuário, tendo como ponto de partida a entrada do usuário em qualquer serviço de saúde que opere a assistência: seja no atendimento domiciliar, na equipe de saúde da família (atenção básica), em serviços de urgência, nos consultórios ou em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde.

Por outro lado, já se sente a diferença sim, porque quem trabalha com a consciência que saúde tem de ser feita em rede, já vê um pouquinho de diferença neste sentido, assim, da gente estar mais ligada à atenção básica, para a gente não deixar que este cidadão, ele perca o fio da meada. Que ele venha, mas que ele volte com alguma referência. (Entrevistado 03).

Então eu acho que isso internamente as equipes trabalham e dentro do grupo gestor, vamos dizer assim na rede municipal, a gente trabalha também pra que, pelo menos a grande maioria tem esta consciência que tem que ser rede, que tem que estar referenciando e contra referenciando, que o meu colega do hospital do lado ele tem no que contribuir a mim, né!? (Entrevistado 03)

Então assim eu acho que a historia da rede perpassa sim, porque vem sendo trabalhada nos últimos cinco anos, mas ainda faltam instrumentos mais sólidos para a coisa funcionar. (Entrevistado 03)

Dessa forma, a partir do lugar que o usuário identifica como a “porta de entrada” mais viável, abre-se um percurso continuado que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar, cuidados primários, dentre outros, onde:

Neste sentido, a linha do cuidado passa a ser desenhada também no campo da gestão, articulando intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação

e legislação, equacionando-se tecnologias, instrumentos, dentre outros, capazes de impactarem o processo saúde-doença, porém partindo do lugar do singular no ato do cuidado, que só o trabalho vivo pode dar conta. Desta forma, a atuação na macro e micropolítica deveria ocorrer de forma articulada, buscando os melhores resultados. O essencial é a perspectiva da construção do cuidado centrada nos usuários e suas necessidades, e não de um modelo que atenda aos interesses do mercado (MALTA; MERHY, 2010).

Outros dois entrevistados, relatam ainda que uma das principais queixas dos profissionais e usuários com os serviços de saúde por eles gerenciados são referentes à superlotação das unidades, às dificuldades na regulação e disponibilidade dos leitos de retaguarda em quantidade adequada à necessidade dos usuários do sistema, assim como, aos serviços de transporte inter-hospitalar que nem sempre conseguem lograr êxito enquanto “elo” qualificado e eficaz para viabilização desta integralidade outrora citada.

Esta política de atendimento de urgência é sem dúvida louvável e no SUS é um ganho. Só que ela gera conflitos na medida em que você amplia a porta de acesso à emergência e você não tem retaguarda. (Entrevistado 01).

Hoje o nosso grande problema é a rapidez nas transferências. [...] Dai a gente esbarra em dois problemas, que são sérios e críticos: falta de vagas para internação, sobretudo na UTI e transporte de pacientes, pois temos apenas uma ambulância e ficamos na dependência de apoio do SAMU e da prefeitura para fazer a remoção. (Entrevistado 01).

A gente tem que ver outra coisa, o pessoal da ambulância enfrenta trânsito, enfrenta liberação de outros hospitais. A gente acabou de ver um caso simples, uma apendicite não ficou no hospital, ocupa mais uma vez a ambulância pra voltar e seria transferido para o hospital ao lado. Aí o tempo que esta ambulância gasta com um paciente só. Daqui ele tinha liberado lá, tinha deixado o paciente lá e já estava liberada para atender outro usuário do sistema de saúde. Agora não, está presa a ambulância aqui, porque a gente vai redirecionar este paciente, ele vai enfrentar o mesmo trânsito, vai enfrentar outra liberação para voltar de novo para, só assim, ser liberada. (Entrevistado 04)

[...] a gente aumentou e muito a demanda aos serviços de internação e a gente não tem esta retaguarda suficiente. Os pacientes que antes estavam no corredor da restauração, eles agora estão entubados em uma sala vermelha de UPA. Eu já fiquei aqui com um paciente entubado uma semana na sala vermelha aguardando vaga para ser transferida, e não foi transferida, veio a óbito. (Entrevistado 01)

Contudo, também foram observados relatos referentes a momentos em que a integralidade ocorre de forma coesa e otimizada entre os diversos serviços de saúde:

Me chamaram, eu estava em atendimento no consultório, me chamaram dizendo que tinha uma facada de tórax, eu prontamente pedi licença pra quem eu estava atendendo, fui lá olhar. Eu avaliei, tirei um RX na hora, avaliei com imagem associada, quando eu pedi material pra drenar tórax, veio com tempo adequado. Fiz tudo adequadamente, tudinho, na hora que eu pedi ambulância, tinha ambulância. Realmente com 5 minutos a ambulância já estava no local, certo!? Ela até me esperou um pouquinho, para eu terminar o procedimento [...] e daí a gente botou na ambulância e eu acompanhei até o Dom Helder. E daí de uma forma rápida em coisa de 20 minutos estava tudo resolvido. (Entrevistado 04).

Esta realidade dramática e díspare – que hora funciona, hora não – vivenciada pelos SUE's, foi discutida no artigo de Dubeux (2010), ao avaliar a rede de atenção às UE's sob a ótica de unidades de referência macro e microrregional em Pernambuco. Partindo do pressuposto da prioridade que foi dada a partir das iniciativas públicas federais e estaduais para a (re)estruturação dos sistemas regionalizados de UE. Através da implantação de programas para qualificação dos aspectos estruturais e dos processos de trabalho, destacando o Sistema Estadual de Urgência e Emergência, de 2002, o Projeto de Investimentos para o QualiSUS, instituído em 2004 e a organização das RLR's de Atenção Integral às Urgências, regulamentada em 2008. Culminando recentemente em Pernambuco na viabilização de um grande “cinturão de emergência” com a implantação, a partir de 2010, de catorze UPA 24h's e três Hospitais Metropolitanos e na contratualização de OS's para administração destas unidades. Onde segundo o referido artigo, estas estratégias devem buscar – em conjunto a incorporação dos avanços terapêuticos, tecnológicos e gerenciais específicos – uma forma de conseguir viabilizar um melhor acesso aos SUE, assim como, uma melhor integralidade entre esta RLR de UE (DUBEUX, 2010).

Todavia, esta previsão legal de contratualização com as instituições filantrópicas também não está alheia a conflitos – conforme evidenciado nas falas de um dos entrevistados – no tocante ao cumprimento tardio de algumas cláusulas contratuais entre a SES e a OS responsável pela administração de uma das unidades pesquisadas. Citando como exemplo, o não cumprimento em tempo hábil da entrega de todos os materiais e equipamentos previstos em contrato. Bem como, a baixa qualidade de alguns equipamentos entregues pela SES, acarretando assim em um número excessivo de solicitações de manutenção.

Vale salientar que estes contratos têm por objeto a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pelas contratadas (OS), com a manutenção física das unidades e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos e medicamentos necessários à garantia do pleno funcionamento. Competindo ao contratante (SES) a propriedade sobre os bens móveis e imóveis.

Então esta parte de equipamentos no começo a gente sentiu, inclusive algumas coisas que estavam no contrato da secretaria de saúde entregar que por ventura não entregou na inauguração que depois a gente solicitou e ela foi entregando aos poucos. (Entrevistado 02).

Eu sinto que estruturalmente a gente ainda precisa de algumas coisas, mas a gente fica um pouco engessado porque não pode estar adquirindo, mas a gente tem tentado com a secretaria e boa parte a gente tem conseguido, outras não, mas aí a gente pede autorização quando tem um dinheirinho pra investir, em alguns momentos eles tem autorizado. (Entrevistado 02).

[...] inclusive algumas a gente conseguiu, como por exemplo, oxímetro a gente conseguiu autorização pra comprar, uma maca melhor, porque quebrava muito. Respirador, a gente recebeu a unidade com um respirador só [...]. (Entrevistado 02).

Em relação a equipamentos e estrutura, a gente sente um pouco a necessidade de algumas coisas [...]. (Entrevistado 02).

A gente recebe tudo pela secretaria estadual de saúde e pelo contrato a gente não tem autorização de comprar, fazer uma aquisição extra. A gente tem que solicitar uma autorização da própria secretaria, exceto se eu fizer uma consulta e a secretaria expressamente me autorizar, mas isso não é a prática. Porque o nosso contrato é de gestão de recurso para o bem final que é a assistência, mas a gente não tem este recurso, não é pra investimento, aquisição de equipamento, não tem nada destinado pra isso. (Entrevistado 02).

Mas apesar disso, apesar de achar que faltam algumas coisas, eu faço uma avaliação muito positiva, do que a gente tem [...]. (Entrevistado 02).

Em contrapartida os problemas com a aquisição de insumos e equipamentos, a manutenção destes equipamentos e contratualizações com prestadores de serviço, são também vivenciadas cotidianamente nas unidades gerenciadas pela administração direta do município, conforme a fala que se segue pelo gestor de uma das unidades pesquisadas.

Agora o que me parece é que tudo que a gente planeja, parece que a gente não consegue executar de uma forma otimizada, eu digo isto com relação a insumos, medicamentos, isto gera uma insatisfação muito grande. E equipamentos, a falta de equipamentos, a falta da manutenção adequada deste equipamento. A falta de medicações, insumos de uma forma geral. Esta descontinuidade, isto traz uma insatisfação, uma irritabilidade eu diria até, porque enquanto direção, este funcionário está aqui, mas poderia estar descansando, e diz: olha eu não tenho minha ferramenta para trabalhar e estou descansando. Mas ao contrário do que muita gente pensa isso gera uma insatisfação. (Entrevistado 03).

Ele na verdade quer produzir, ele quer que tenha o material necessário para que ele dê a assistência necessária. A gente normalmente se planeja, você tem o planejamento anual de medicações, de materiais, mas tem alguma coisa na gestão macro que se esbarra e não chega a tempo, e chega a faltar! E aí é onde eu acho que vem o maior problema. Sem falar que eu acho que a gente tem que munir as pessoas de suas proteções individuais. Hoje a gente tem uma terceirização da limpeza, isso já melhora muito, certo!?! (Entrevistado 03).

Ainda em relação aos contratos de gestão supracitados, as OS's ficam obrigadas a periodicamente apresentar à SES, a totalidade dos indicadores de produtividade previstos na sua proposta de trabalho. Fato que se por um lado vem auxiliar na regulação da terceirização destes serviços, ainda que estes indicadores de qualidade não sejam compartilhados com a gestão municipal, por outro, pode vir a causar alterações na cultura institucional da unidade, onde no lugar do usuário enquanto o foco primário assistência, obtêm-se a busca pelo cumprimento das metas (quanti-qualitativas) previstas em contrato.

Outro dado importante, revelado na fala de um dos gestores entrevistados, aponta para a evidência de que, em alguns casos, a implantação destes novos serviços não foi planejada a partir de um prévio estudo sócio-epidemiológico, assim como, de uma anterior articulação aos serviços municipais de saúde preexistentes. Em decorrência disto, podemos supor a perpetuação um antigo dilema, onde SUE (estaduais e municipais) coexistem de forma independente e desarticulada dentro de um mesmo território, gerando sobreposições *versus* vazios assistenciais.

Este mês que passou a gente chegou a meta máxima inclusive, que no cabo é o mínimo preconizado pelo ministério da saúde pra uma UPA porque já se verificou que não há demanda suficiente para uma UPA. (Entrevistado 02).

Até porque quando a gente não atingia, não tinha a justificativa da demanda, aí é que a gente realmente se preocupava com a qualidade, porque aí a gente tinha o profissional menos sobrecarregado. (Entrevistado 02).

Então eu acredito até que isso é uma coisa que funciona muito bem, esta questão do serviço ser pautado num contrato de gestão, porque você tem aquelas metas tanto de produção, mas muito também de qualidade. Nosso contrato ele tem metas nestes dois sentidos, de produção e qualidade. Como a gente é cobrado por isso a gente também passa isso pra equipe e todo mundo trabalha em busca daquilo. Não é em busca de número de atendimentos. (Entrevistado 02).

Este entrevistado, portanto, se utiliza dos indicadores ora citados em contrato para fazer referência ao nível de resolutividade da unidade, como uma prova da adequação das condições oferecidas ao bom atendimento aos usuários, mesmo que de certa forma seja questionável este entendimento do que seria uma boa resolutividade, uma vez que para os próprios entrevistados uma das principais dificuldades para melhoria da resolutividade é a falta de integralidade entre os demais serviços da RLR.

Uma coisa interessante de se avaliar, é que apesar de ser uma UPA e de não poder fazer muitos procedimentos, a gente tem uma taxa de 97% de resolutividade, aproximada. 97% dos casos que chegam aqui a gente resolve e manda de volta pra casa, apenas 3% é aquele que a gente realmente tem que estar encaminhando para um hospital para concluir o atendimento. (Entrevistado 02, grifo nosso).

E pra mim atendimento de qualidade é isso: você conseguir realmente estabelecer as prioridades e dar assistência o mais rápido possível a quem mais precisa. Então infelizmente quem mais reclama é aquele paciente que não é urgência. (Entrevistado 02).

Por fim, outro ponto suscitado nas falas dos entrevistados diz respeito às condições de trabalho oferecidas pela unidade. Onde na opinião de todos os entrevistados as unidades pesquisadas de uma forma geral oferecem boas condições, seja na adequação da estrutura física oferecida e organização dos processos de trabalho junto aos profissionais, seja na melhoria da qualidade do atendimento prestado os usuários.

Mas voltando um pouco para esta questão da condição de trabalho, apesar das limitações, eu acho que a gente sim consegue dar uma boa condição de trabalho, em relação a infraestrutura, em relação ao pessoal inclusive é uma equipe boa pra quantidade de atendimento proposta. (Entrevistado 02).

Temos um fluxo razoavelmente adequado. (Entrevistado 01).

Exatamente neste momento, a gente com a realização desta reforma e isso já vai trazer uma diferença [...] e estão acontecendo as adequações necessárias, mas isso eu falo para o nível superior, a condição de trabalho, a condição de descanso. (Entrevistado 03).

Inclusive a gente faz muito este acompanhamento junto aos conselhos de classe. A própria coordenadora de enfermagem tem esta preocupação de, aumentou a quantidade de atendimento aquilo se manteve a gente já tem que ver o que o COREN preconiza, pra ver se não precisa mais de nenhum técnico, enfermeiro, esta coisa toda. Então eu acredito também que a quantidade de material humano também está adequada, então eu avalio de forma positiva, apesar de algumas limitações que eu falo enquanto equipamento, estrutura, mas eu avalio de forma positiva. (Entrevistado 02).

Eu acho que, assim, a questão do planejamento, a gente hoje tem uma quantidade de médicos que atende a necessidade. (Entrevistado 03).

Oferece, oferece! [...] eu mesmo já drenei tórax, aqui na sala ali onde tem os respiradores, [...] terminei o procedimento e com dez minutos depois chegou no hospital de referência [...]. Então pra uma pessoa que as vezes em outro lugar... iria morrer! (Entrevistado 04)

Fica evidente nas falas dos entrevistados que as maiores dificuldades são decorrentes da falta de integralidade entre os serviços, somada a baixa resolutividade da atenção básica e da rede especializada (ambulatorial).

No estudo realizado por Mendes (2009), dificuldades semelhantes foram apontadas pelos gestores entrevistados, elencando estes o excesso de demanda nas emergências de alta complexidade por problemas de baixa complexidade, devido à insuficiência e baixa resolutividade da rede básica.

Contudo, esta conclusão, conforme apontada por Mendes (2009), transfere a responsabilidade das condições insatisfatórias para os demais serviços da RLR de atenção à saúde e não leva em consideração a complexidade do problema que envolve o comprometimento com uma grande e complexa agenda de trabalho para os gestores composta por um conjunto de determinantes internos e externos à unidade, como:

- a) Determinantes externos – impõem a organização do sistema de saúde, garantindo acesso universal, melhoria da resolutividade, regulação dos leitos e da porta da emergência;
- b) Determinantes internos – destinação dos leitos prioritariamente aos usuários da emergência, responsabilização dos profissionais com os usuários e redução dos

tempos de espera pela efetiva implantação do Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR), assim como, pela otimização dos meios diagnósticos e terapêuticos.

6.2.4 Existência de uma política de qualificação para o atendimento de urgência proposta pelas Secretarias de Saúde ou Ministério da Saúde

Quando questionado sobre o desenvolvimento de propostas de qualificação um dos entrevistados aponta inicialmente para importância da capacitação dos profissionais, da divulgação dos serviços prestados aos usuários e de um reforço na segurança para a unidade.

Agora voltando um pouquinho para esta questão da educação a gente podia fazer pessoa a pessoa, [...] com o funcionário e até cartazes, [...] a gente explicando tudo. A gente vê um pouquinho em UPA estes cartazes tudinho. (Entrevistado 04).

Segurança, segurança, a gente esta precisando aqui de uma segurança maior. Uma educação maior, que educação é responsabilidade da gente, de educar o clínico, o paciente, certo, para ele entender: ele está com muita dor, mas tem que aguardar um pouquinho com gente que esta com um problema maior até de risco de vida. (Entrevistado 04).

Ainda em relação a capacitação dos profissionais para qualificação do atendimento de emergência o Entrevistado 01 apresentou a proposta desenvolvida pela unidade, sendo esta, advinda do IMIP Hospitalar enquanto política institucional para a qualificação profissional.

A gente segue o padrão do IMIP de qualificação. Há uma possibilidade que os profissionais possam se qualificar através dos cursos existentes: ACLS, ATLS, PALS. São todos eles financiados pela instituição, não existe custo, além dos cursos específicos que são dados em determinadas circunstâncias como no caso de epidemias ou treinamentos específicos para novas técnicas como é o caso do uso de fibrinolíticos em cardiologia ou o da 'dengue em 15 minutos', além do estímulo à participação em cursos e congressos. Há uma política de qualificação profissional! (Entrevistado 01).

O curso é pago pelo IMIP, eles fazem uma antecipação e depois são reembolsados, eles tem adequação da escala de trabalho para participar, há uma política de apoio. (Entrevistado 01).

Praticamente todos os profissionais já tiveram a oportunidade de fazer o ACLS e o PALS, no caso dos pediatras. Este ano a gente ainda não abriu, mas no ano passado praticamente todos fizeram. (Entrevistado 01).

Em relação ao apoio político das secretarias de saúde para o desenvolvimento das propostas de qualificação do atendimento, seja da gestão estadual ou municipal, o Entrevistado 03 aponta para existência de um trabalho contínuo por parte da SMS no sentido de sensibilizar os gestores municipais nos temas que envolvem o acolhimento e a humanização do atendimento aos usuários.

A secretaria esta sempre sinalizando neste sentido e de certa forma, a gente começa a inculcar na cabeça dos colaboradores e este discurso ele passa a ser mais presente. Porque são políticas de atendimento que veem do ministério e por sua vez os estados repassam e os municípios eles estão aí para dar a sua colaboração. (Entrevistado 03).

Eu acho que em determinados momentos, a nossa secretaria de saúde, ela pontuou estes conteúdos para que as unidades absorvessem, para que as unidades comessem a pensar e a trabalhar neste sentido. Visivelmente, acolhimento, humanização, são coisas que hoje não passam mais despercebidos. (Entrevistado 03).

Já outro entrevistado afirma desconhecer qualquer iniciativa direta neste sentido por parte da SES.

Mas assim, se é que eu estou entendendo bem, na questão dos princípios do SUS do que já está estabelecido como proposta para qualidade do atendimento a gente não tem isso muito da secretaria, agora faz parte da nossa oficina de integração, estas coisas, a gente passar que o nosso paciente ele é SUS, o que é que o SUS preconiza como importante para o atendimento, então é assim, uma coisa mas superficial. (Entrevistado 02, grifo nosso).

Na verdade a gente não tem assim essa retaguarda da secretaria, eles até tem alguns treinamentos para o pessoal deles, mas em relação a campanhas específicas a gente participa (dengue, meningite), mas pontuais na área da assistência, a gente esta inserido nisso. (Entrevistado 02, grifo nosso).

Então, até eles questionam a relação do profissional com o paciente, esta visão dele de como é que ele se sentiu, mas diretamente não vejo um acompanhamento neste sentido não. (Entrevistado 02, grifo nosso).

Contudo, relatando a existência de um monitoramento trimestral das metas quanti-qualitativas previstas, quando da contratualização entre a SES e o IMIP Hospitalar.

[...] a secretaria estadual de saúde tem uma reunião, a diretoria de monitoramento e modernização, que é a qual estamos vinculadas. Ela que faz uma avaliação trimestral com a gente e esta questão qualitativa é sempre avaliada e sempre discutida, não se fala só dos números e de metas quantitativas [...]. (Entrevistado 02).

Mas que, este monitoramento possa trazer a luz a idéia de que às avaliações do desempenho de metas pactuadas entre a unidade e a SES, tenham um sentido mais amplo de avaliação da qualidade do serviço, assim como, da atenção ao usuário. Onde a diretriz ideal ou objetiva deveria ser um atributo relevante na avaliação da qualidade do cuidado, assim como, do serviço prestado aos usuários. Discutindo-se o significado desse conceito na prática dos serviços da RLR de saúde e analisando as metodologias utilizadas para sua operacionalização. Destacando-se aqui a importância de associar um monitoramento de metas quanti-qualitativas com medidas de qualidade e acesso, bem como, na escolha de indicadores a partir dos pactos de metas das programações municipal e estadual de saúde, pois que tal

iniciativa poderia aumentar a validade do instrumental de avaliação existente, numa perspectiva mais integrativa (CONILL, 2004).

Para o referido entrevistado, nem sempre estes mecanismos de monitoramento implementados pela SES conseguem de fato retratar o nível de humanização e qualidade no atendimento prestado pela unidade.

A secretaria acompanha realmente estas pesquisas de satisfação dos usuários, mas que isso não retrata diretamente esta questão da humanização e da qualidade do atendimento. (Entrevistado 02).

Para o Entrevistado 04, o trabalho do acolhimento e da humanização no atendimento têm como pressuposto o direito à informação pelo usuário, sendo elemento central desta proposta o trabalho desenvolvido prioritariamente pelos profissionais do acolhimento, pois são eles quem estabelecem um diálogo e prestam as informações oriundas dos questionamentos dos usuários, elevando assim a sua satisfação com o atendimento.

Com o pessoal da assistência social aqui na frente [...] explicando o que está acontecendo dentro hospital. A pessoa quando tem uma explicação adequada ela fica mais calma. Tendo isso, a gente reeduca tudinho! Na próxima vez que vem usar o serviço, ele vem até mais calmo. Porque ele foi esclarecido do que está acontecendo dentro do hospital. (Entrevistado 04).

Para o Entrevistado 01, o serviço de ACCR com o envolvimento de uma equipe multiprofissional é uma proposta que de fato qualifica o atendimento na unidade.

Então o que é que acontece, pacientes que antes não tinham possibilidade de chegar ao serviço de urgência, hoje estão chegando, e de forma mais precoce. Hoje ele chega, porque esta aí o SAMU socorrendo, ele chega à UPA e é reanimado, começa a ter chances de recuperação pela própria eficiência da classificação de risco que entra e qualifica o atendimento. (Entrevistado 01).

Mas que, apesar disto, observamos no relato do Entrevistado 02, que a implantação e implementação deste serviço na referida unidade foram em muito motivadas por tratar-se de uma condição contratual junto a SES.

Como é uma condição contratual, inclusive no primeiro ano de UPA uma das metas era a implementação total do acolhimento com classificação de risco. (Entrevistado 02).

Já para os Entrevistados 03 e 04, houve recentemente para as unidades do município um movimento pró-implantação do serviço de ACCR mediada pela SMS, sendo este tomado como prioridade ante a gestão em nível central da supracitada secretaria. Contudo, não foi observado neste movimento o efetivo apoio administrativo-financeiro, tendo a implantação do ACCR de ser readaptada, ficando seu desenvolvimento mais a critério do empenho individual dos profissionais e gestores.

A gente tem de uma forma, não é igual a UPA, não é igual a certos hospitais, que bota a pulseirinha, tudinho, mas a gente tem. A gente pega, vê a pressão, diz o que ele está sentindo, na própria ficha a gente bota prioridade, ou não. Já foi até tentado pelo diretor anterior fazer esta classificação, mas devido até a dificuldade com a própria população a gente está com uma dificuldade de implantar isso aí, por uma série de coisas. (Entrevistado 04).

Houve um movimento aqui no hospital junto com os plantões, [...] e aí se conseguiu por um tempo muito pequeno, que o quinto médico deste plantão viesse para essa triagem [...] e isso gerou um bem estar na equipe médica muito grande. (Entrevistado 03).

No entanto, a gente se esbarra ainda na falta de apoio, está certo!? As idéias elas tem surgido nos últimos anos. A leitura que eu faço, é muito mais que é de forma individual, cada unidade colocando em prática ou vislumbrando, ou levando até a sua secretaria, está certo, mais a gente não conseguiu uniformizar a linguagem ainda, mesmo sabendo que é um caminho sem volta. (Entrevistado 03).

Mas eu volto a dizer, na íntegra a gente não conseguiu concretizar nenhuma destas ações, a gente consegue pontualmente aqui, pontualmente ali. (Entrevistado 03).

Para o Entrevistado 03 não é percebida na unidade a existência desta política de qualificação da assistência em UE, limitando assim o exercício de sua função gestora e levando a distorções internas – no atendimento aos usuários pelas equipes profissionais – e externas, em comparação aos demais SUE's.

Se você me perguntar como é que isso funciona na cabeça do trabalhador em saúde. Eu acho que na cabecinha deles, eles já estão um pouco preparados para absorver a política e se moldar ao atendimento, mas é preciso ainda muita capacitação, é preciso dar estas condições ideais, para que o programa realmente venha, se instale e fique. Ainda não vejo desta forma, eu vejo muito incipiente nas cabeças, tudo por acontecer, muita vontade que aconteça. (Entrevistado 03).

Porque dentro do mesmo município ele tem duas qualidades de atendimento, tem uma com classificação e outra sem classificação. Eu acho que isso seria primordial hoje para a gente trabalhar melhor, mas torno a dizer que não tem sido apoiado e solidificado da forma que deveria. (Entrevistado 03).

Cada unidade tem o seu formato, muito artesanal até, fazendo com a colaboração inclusive daquela equipe que se propõe. Então dessa forma eu não vejo muito como avançar, a gente tem equipes durante a semana que adotam o modelo e começam né a fazer o trabalho. Mas assim, isso não vai ter resultado a curto, nem a médio, nem a longo prazo, porque é preciso ser instituído o programa, não pode é estar sendo feito da forma como está sendo feito. (Entrevistado 03).

Outro dado interessante diz respeito ao fato de que mesmo não obtendo um efetivo incentivo, outrora citado, por parte da SMS, o serviço de acolhimento é tido até a presente data como uma das prioridades e exigência por parte da secretaria de saúde.

A triagem na frente e um acolhimento é exigência, eu não estou falando de apoio é exigência deles. (Entrevistado 04).

Chamamos atenção, nos depoimentos dos entrevistados das unidades pesquisadas a explicitação da inexistência de uma concreta política de qualificação da assistência de urgência por parte dos gestores maiores, tanto das unidades, quantos das secretarias estadual e municipal de saúde. Concordando com os achados por Mendes (2009) em relação à falta de iniciativa das secretarias de saúde no apoio político e incentivo administrativo-financeiro para a qualificação do atendimento. Contudo, diferentemente do supracitado estudo, identificamos nas falas dos entrevistados a existência de um planejamento institucional para qualificação dos profissionais, pelo menos em uma das unidades pesquisadas.

6.2.5 Entendimento em relação aos pontos básicos de uma política de melhoria da qualidade da assistência

Os entrevistados partem do entendimento que uma política de melhoria da qualidade do atendimento em UE deveria ter como elemento central propostas com vistas à melhoria das condições de trabalho (adequação estrutural das unidades, incremento salarial e educação permanente), respeito aos usuários, qualificação e motivação profissional. Elevando assim, conforme a fala de um dos entrevistados, a organização e qualidade da assistência prestada.

Eu acho que boas condições de trabalho para o profissional e boa estrutura para o atendimento, eu acho que isso aí é fundamental. Eu acho também que um funcionário motivado é imprescindível [...]. Eu acho que isso é uma coisa assim, fundamental. Porque tem que ter o profissional motivado. (Entrevistado 02).

Então eu acho que se tiver um profissional motivado, comprometido, com uma boa estrutura eu acho que a qualidade do atendimento vem junto. Basicamente estes dois pontos: profissional motivado e qualificado junto com uma boa estrutura para trabalhar. (Entrevistado 02)

Então eu acho que é estrutura, a motivação profissional, a qualificação profissional, que eu acho que a partir disto, tudo vem depois: o respeito ao paciente, a preocupação se ele está sendo bem atendido, a vontade de agilizar as coisas para que ele não demore. Eu acho que tudo isso vem de um profissional motivado com boas condições para trabalhar. (Entrevistado 02)

Para o entrevistado supracitado, as questões relativas ao desenvolvimento de uma educação continuada e estímulo à qualificação profissional configuram-se enquanto diretrizes institucionais da OS responsável pela administração da unidade.

Esta questão também da qualificação profissional o IMIP é uma instituição que se preocupa muito com assistência, ensino e pesquisa. Então a gente tenta realmente estimular que as pessoas façam o seu mestrado, sua residência, coisa e tal. (Entrevistado 02)

Esta questão da educação permanente que é realmente um investimento que a gente faz e que realmente é uma visão, um dos focos do IMIP é este investimento em educação continuada com os profissionais. (Entrevistado 02)

Para o outro entrevistado, o papel da melhoria remuneratória como estímulo ao desempenho dos profissionais, atua diretamente na melhoria da qualidade à assistência no atendimento a população. Defendendo este incremento pecuniário, juntamente com as condições adequadas quanto ao suprimento de insumos, enquanto componentes fundamentais para motivação dos profissionais. Sendo para este entrevistado, notório o seu papel na melhoria da qualidade à assistência prestada.

[...] fundamentalmente de cara eu diria, rever o plano de cargos e carreiras, rever a questão salarial, rever as questões de insalubridade, de produtividade. (Entrevistado 03)

Eu acho que teria de começar por aí, mexendo nestas questões, melhorando essa condição de trabalho, primeiro financeiramente e depois, como eu já tinha dito anteriormente, dando as condições no sentido de prover a unidade de insumos para que ele trabalhe de forma otimizada. Agora em primeiro lugar eu reveria a questão salarial mesmo e a coisa do plano de cargos e carreiras mesmo! (Entrevistado 03)

Em continuidade a esta questão da remuneração profissional enquanto fator motivacional, o Entrevistado 02 nos traz as dificuldades vivenciadas em sua instituição para viabilização deste incremento salarial, discorrendo sobre formas institucionais alternativas com vistas à motivação dos profissionais, a partir do entendimento de que não se pode restringir a motivação profissional exclusivamente às questões salariais, embora sejam estas cruciais.

O IMIP não consegue fazer esta valorização do profissional pelo salário em si. Porque como todo mundo sabe o IMIP é uma instituição filantrópica, vive realmente de doação, então é muito difícil muitas vezes você dar um salário diferenciado, mas a gente vê que o salário do IMIP é competitivo [...]. (Entrevistado 02).

Como é que o IMIP faz?! Festa de fim de ano, pra o nível básico, sempre tem doação: entrega de cestas básicas, de kits escolar para os filhos, essa questão de assistência à saúde, então assim, outras formas de você estar valorizando né o profissional e de estar trazendo ele pra junto mesmo da empresa, para que ele possa trabalhar motivado. (Entrevistado 02)

Portanto, os gestores quando desafiados a pensar uma política geral de melhoria da qualidade da assistência em urgência, no plano geral enfatizam a importância da motivação profissional, com ênfase na remuneração, assim como, do provimento de adequadas condições de trabalho como pontos basilares para a melhoria da qualidade da assistência nos SUE.

6.2.6 Condições da equipe gerencial para o desenvolvimento de uma proposta de melhoria da qualidade

Quanto à capacitação, apenas dois dos entrevistados afirmaram participar com certa frequência. Porém, segundo as falas destes, estas estão ligadas diretamente ao IMIP Hospitalar como parte de um programa institucional para capacitação de gestores.

O Entrevistado 02 acrescenta que a SES também já promoveu capacitações para os gestores, contudo não se recorda de capacitações específicas voltadas para desenvolvimento da gestão.

Existem inclusive capacitações para os gestores, eu mesmo já participei. A Letícia⁷ mesmo esta fazendo uma aí. (Entrevistado 01).

Então em relação à capacitação, eu vejo o IMIP realmente como uma preocupação deles em capacitar estas pessoas que estão nestes cargos. (Entrevistado 02)

A secretaria até já fez algumas capacitações, algumas coisas, mas não a nível de gestão em si ou em coisa mas geral que eles chamam os gestores para participar também. (Entrevistado 02)

O Entrevistado 02, ao discorrer sobre as capacitações, enaltece o incentivo dado pelo o IMIP Hospitalar à capacitação dos gestores.

Inclusive uma coisa que eu vejo muito positiva do IMIP, apesar de ser uma instituição sem fins lucrativos que não tem tanto dinheiro para investir, [...] mas se investe muito também nesta questão de gestão e tal [...]. (Entrevistado 02).

Então eu vejo que o IMIP investe muito assim nas pessoas que eles acreditam que estão representando de forma positiva. (Entrevistado 02).

[...] olha em relação à capacitação, inclusive começou agora lá no IMIP um curso de desenvolvimento gerencial que pessoas assim de várias instâncias, de vários setores do IMIP tem participado, eu fui convidada a participar. Isto foi um investimento que o IMIP está fazendo e então eu e outras pessoas tem feito. (Entrevistado 02).

Pontua ainda sobre os investimentos recentes da instituição em capacitação do quadro administrativo.

[...] por exemplo, se investe numa consultoria de controle de custos né, que é uma coisa, é um diferencial, que tem muita empresa por aí que não faz. O IMIP faz, mas visando realmente redução de custo para que o recurso renda mais em assistência. (Entrevistado 02)

Existe consultoria também para padronização de processos, já que o IMIP agora está descentralizado. Então para não perder esta identidade, pra até otimizar as coisas, está se investindo em padronização de processos, de RH, de financeiro, de tudo da administração. (Entrevistado 02)

⁷ Nome fictício.

E por fim, fazendo menção ao fato deste incentivo vir a fornecer subsídios técnicos ao gestor enquanto ferramenta de empoderamento⁸ ante a tomada de decisão.

Eu avalio de forma muito positiva esta condição que o IMIP dá de retaguarda para os gestores, esta questão de consultoria é muito bom, são ferramentas, também na questão de sistemas⁹ que ajudam muito a gente na tomada de decisão no dia a dia da gente. (Entrevistado 02).

Já para os demais entrevistados, não se é sentido um investimento direto da gestão municipal no sentido de promover a capacitação dos seus diretores. Todavia, o Entrevistado 04 correlaciona esta ausência de capacitações ao curto período de tempo em que a atual gestão se encontra a frente da SMS. Fato que segundo o mesmo, justificaria a ausência de um planejamento com vistas a capacitação e atualização dos gestores municipais. Acreditando ser esta uma situação temporária.

Como essa gestão, este governo municipal que está aqui é novo, coisa de 4 meses, não tem ainda uma capacitação da gente ir para congressos, deste tipo não tem, mas na gestão passada eu vi os diretores saindo para se capacitar. Então é coisa futura, eu acredito! (Entrevistado 04)

E complementando sua fala, o Entrevistado 04 nos traz como exemplo, formas alternativas e menos onerosas para atualização dos gestores em administração hospitalar, como: a) o repasse direto de informações do nível central para a unidade; e b) a assinatura de uma revista especializada em gestão hospitalar.

Então esta capacitação está sendo sim às vezes 'ouvido à ouvido'. Quem está muito ligado a isso é o pessoal de enfermagem, o pessoal da enfermagem traz e explica: - o pessoal da secretaria de saúde trouxe para a gente... tudinho! (Entrevistado 04)

Questão de administração a gente tem assinatura de revista, relacionada a isto. Ai cabe ao profissional se interessar! (Entrevistado 04)

Entendeu!? Da direção! Eu tenho uma assinatura de gestão hospitalar, uma revista chega toda semana, ou desculpa, de 15 em 15 dias chega uma revista falando de gestão hospitalar. Eu levo pra casa e leio tudinho! (Entrevistado 04)

Então é um tipo de capacitação, de atualização, alguma coisa deste tipo. O que é que acontece de melhor nos outros hospitais. Uma forma mais barata, digamos assim de capacitar. (Entrevistado 04)

De uma forma geral, especificamente no âmbito da formação de dirigentes qualificados a exercer funções de liderança na formulação e implementação de propostas político-administrativas na organização e gestão do SUS, ficou notório nas falas dos

⁸ Do inglês empowerment, tradução livre.

⁹ Referente à sistemas de informação.

Entrevistados 01 e 02 o incentivo dado pelo IMIP Hospitalar à promoção desta formação. Fato evidenciado de forma quase que inversamente proporcional no discurso dos outros dois entrevistados (03 e 04), representantes da administração direta municipal.

As falas dos Entrevistados 03 e 04, corroboram com outro estudo, realizado por Mendes (2009), em que gestores das três maiores emergências de referência para o Estado de Pernambuco, “não relataram qualquer iniciativa das gestões hospitalares ou da Secretaria Estadual para capacitação em gestão hospitalar. Assim como, nenhum dos gestores abordou, como um dos entraves à boa gestão, a profissionalização da gestão hospitalar, talvez em função das regras atuais da ocupação dos cargos como de confiança da gestão estadual, condição em que estes gestores foram nomeados” (MENDES, 2009).

Entretanto, é importante ressaltar que compete tanto em nível macro, quanto micro-político da administração pública direta ou indireta, assumir os compromissos de empoderamento do potencial inventivo gestor do SUS, com: a) qualidade e reconhecimento das subjetividades; b) inovação e efetividade das ações; c) valorização profissional; d) humanização das relações interpessoais entre – gestores, gestores e profissionais e destes com os usuários; e e) desenvolvimento de práticas fundamentadas no diálogo e no protagonismo, cultivando valores como o respeito às diferenças e à defesa da vida (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Quanto à experiência profissional, o Entrevistado 03, a partir do próprio senso comum, informou observar que ao longo dos últimos seis anos - tempo em que está desempenhando suas funções no município – as nomeações e composição dos quadros administrativos tanto da SMS, quanto das unidades, em sua grande maioria foram marcadas pela ausência de prioridade em critérios técnicos para composição dos cargos, como por exemplo, a comprovada capacitação específica para o cargo ou a notória experiência profissional no desempenho de funções afins. Resultando, segundo a opinião generalista do entrevistado, na pouca experiência profissional para atuar na gestão pública, por parte dos atuais gestores do município.

Eu acho que deixa-se muito a desejar. (Entrevistado 03)

[...] eu acho que a capacidade técnica destes diretores da rede municipal de saúde, até agora vem sendo muito mais uma questão individual do que um critério. (Entrevistado 03).

Então assim, vamos lá, as unidades elas tem os seus gerentes e o que eu posso dizer aqui do município, a leitura que eu faço, é que o conteúdo que eles trazem é muito mais porque buscam para si enquanto profissionais estar melhorando, reciclando, inovando e buscando, do que o município verdadeiramente oferecendo e chamando

pra si esta responsabilidade de ter um corpo, vamos dizer assim, apropriado para!
(Entrevistado 03).

Entretanto, com vistas a mudança deste panorama acima citado, outro entrevistado faz referência a uma das estratégias que o mesmo afirma estar sendo utilizada pelo governo municipal para potencialização da experiência profissional entre os seus gestores, a partir de visitas à outras secretarias, com o intuito de realizar o intercâmbio de tecnologias de gestão para posterior multiplicação das informações e experiências adquiridas entre gestores e profissionais, assim como, o planejamento para implantação destas tecnologias – nas áreas de interesse público – por meio dos gestores responsáveis pela SMS.

[...] agora a pouco mesmo o pessoal responsável pela secretaria de saúde deu um pulo em João Pessoa, que é outro estado, para fazer um intercâmbio com o pessoal de lá. (Entrevistado 04).

Trazer coisa boa de lá, vê a experiência dele lá, tudinho, pra a gente vê o que é que traz pra aqui. Isto está voltado para capacitação eu acredito. Isso não dá pra todo mundo ir, certo, quem foi repassa para gente. (Entrevistado 04)

Por outro lado, o entrevistado 02, vê de forma positiva a credibilidade que segundo o mesmo por várias vezes é dada à nomeação de gestores com pouca experiência profissional para algumas das unidades e setores da OS em que trabalha. Sendo inclusive, quando da ocorrência desta nomeação, cercada por uma retaguarda técnica da própria OS, a partir de seu programa de capacitação e desenvolvimento da gestão.

Então eu vejo que eles investem, eles dão oportunidade, muitas vezes a pessoas que não tem grande experiência naquela área, mas se dá uma oportunidade e se dá condições. Se aquela pessoa está interessada, tá afim e tem o perfil, vai embora!!!
(Entrevistado 02)

Neste sentido, observamos nos discursos dos entrevistados – conforme anteriormente mencionado – a ausência de critérios técnicos para nomeação e composição dos quadros, pela administração pública, seja ela direta ou indireta. Segundo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, esta prática pode vir a enfraquecer o potencial inventivo do gestor nas unidades, assim como, a favorecer a corrupção no setor público, a partir da distribuição de cargos sem base em critérios técnicos, visando por vezes apenas a garantia de “pedaços” da máquina estatal aos partidos ou grupos políticos constituídos. Transformando assim os cargos públicos em uma espécie de balcão de negócio, usualmente denominado de “cabide de empregos”, para troca dos mais variados favores e apoios futuros. Onde o mais agravante desta cultura é o seu acontecimento e desenvolvimento justamente em serviços públicos dos quais depende a vida de centenas de pessoas diariamente (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2007).

Em concordância com Paim e Teixeira (2007) quanto à necessidade de se estabelecer contratos de gestão mais integrados às RLR de saúde, ampliando o comprometimento sanitário em seus objetivos, metas, atividades e recursos, serviços preexistentes e determinantes sociais de saúde, em vez de insistir no simples pagamento por procedimentos entre os entes públicos. Buscando instituir formas de trabalho não precarizadas, com carreiras específicas e ingresso por concurso público para profissionais e gestores. Tendo assim a possibilidade de contribuir para a redução de cargos de confiança derivados de indicação pessoal ou político-partidária e de ampliar o controle social no cotidiano da gestão através de conselhos curadores e consultivos, sem prejuízo das atribuições dos respectivos conselhos de saúde.

Por fim, quanto à disponibilidade e comprometimento dos gestores para o desenvolvimento de propostas de melhoria da qualidade assistencial, o Entrevistado 04, afirma possuir uma autonomia administrativa, bem como, uma liberdade para proposição destas melhorias junto às instâncias administrativas superiores da SMS.

Eu tenho autonomia aqui de melhorar o serviço, tenho. Como? Muitas vezes eu estou em falta de um médico num dia. Eu vou lá e faço, digamos assim, faço um câmbio, faço uma mudança de dia daquele médico, para poder suprir melhor aquele dia que estava escasso de um numero de médicos. Eu tenho esta autonomia e isso aí eu acredito que melhore o atendimento. (Entrevistado 04).

Em parte a gente tem autonomia, em parte a gente tem, digamos assim, em parte a gente tem uma liberdade de propor. [...] A gente não pode chegar e: - eu acho que o Mendo Sampaio tem de ser assim. Eu vou lá e boto do meu jeito, sem a gestão maior saber, não posso! (Entrevistado 04)

Porque a gente tem aqui uma liberdade de propor, a gente propõe, a gente mostra e se o gestor da secretaria de saúde, maior, a nossa chefia, o responsável pela secretaria de saúde ou co-responsável achar que é adequado, realmente eles dão apoio. (Entrevistado 04).

Contudo, o Entrevistado 03, relata sentir a falta de uma retaguarda por parte da SMS no sentido de promover boas condições para o desempenho do trabalho, assim como, de uma articulação formal entre as demais secretarias e órgão públicos, no sentido de dar apoio as demandas surgidas na unidade que perpassam a governabilidade dos diretores das unidades e por vezes até da própria SMS, como por exemplo: serviços de capinação e abastecimento de água, dentre outros. Sendo esta articulação na maioria das vezes exercida de forma individual e informal.

E dentro da questão de nos oferecer uma condição de trabalho, eu acho que a gente fica muito só! (Entrevistado 03).

E tem questões até que perpassam a nossa secretaria. É assim, que fogem da nossa secretaria e que a gente muitas vezes precisa buscar apoio de infra-estrutura mesmo, sabe, apoio de educação, das demais secretarias. E ainda assim, infelizmente eu preciso dizer que a coisa acontece muito ainda na base da amizade! (Entrevistado 03, grifo nosso).

Da mesma forma que a gente que está aqui muitas vezes dá resolutividade há determinadas coisas dependendo, vamos dizer assim, da rede de amizades, porque na saúde existe esta parceria da gente estar buscando outros municípios, de um estar dando a mão ao outro. Eu acho que existe muito mais isso, do que a saúde em si reunida em torno da secretaria para buscar resultados. (Entrevistado 03).

Todavia, os Entrevistados 01 e 02, afirmam ter esta retaguarda por parte da OS responsável pela administração da unidade. Por meio da oferta de boas condições de trabalho e de mecanismos como reuniões sistemáticas e acompanhamento direto do desempenho dos gestores, enquanto política gerencial pré-estabelecida pelo IMIP Hospitalar.

Você tem oportunidade e tem boas condições, aí depende muito de você desempenhar um bom papel. (Entrevistado 02)

Existem reuniões sistemáticas de todas as UPA's com a superintendência do IMIP para discutir muitas coisas. (Entrevistado 02)

Isto ocorre, um amplo fórum pra se debater estas questões e é lá que a gente consegue mexer em algumas coisas. (Entrevistado 01).

O IMIP tem uma forma, uma política, gerencial já estabelecida e a gente entra neste corredor, existem os fóruns, reuniões periódicas com os coordenadores de UPA's, os diretores de hospitais, por setor: médicos, setor de enfermagem. (Entrevistado 01).

Vejo também o acompanhamento deles, inclusive para evitar estes 'ocupadores de cargos' [...]. Então quando se vê que tem uma pessoa que não está muito comprometida, que não está querendo cumprir muito o seu horariorzinho, não sei o que, geralmente estas pessoas não permanecem. Então eles tem esta preocupação. (Entrevistado 02)

Eles sempre acompanham, acho que quem não tem muito o perfil não permanece, eles dão oportunidade, mas quem não se adequa, infelizmente não fica. (Entrevistado 02)

O Entrevistado 01 repassa a informação de que para além da retaguarda político-administrativa fornecida pela supracitada OS, existe um trabalho de monitoramento e avaliação pela SES, mas que no cotidiano das relações este trabalho termina por limitar-se ao cumprimento das metas previstas na contratualização.

Com relação ao Estado, a gente tem é que cumprir com o contrato, agora a gente leva nas reuniões de avaliação, as preocupações que a gente tem e o Estado, na medida do possível, tenta resolver. (Entrevistado 01).

Outros aspectos suscitados nas falas do Entrevistado 02 dizem respeito ao fortalecimento do vínculo/identidade institucional e à motivação profissional gerados no gestor quando do desenvolvimento do seu trabalho amparado pela supracitada retaguarda político-administrativa.

Então eu falo muito do IMIP, porque apesar de eu prestar serviços para a secretaria, mas eu sou funcionária do IMIP. (Entrevistado 02)

Então assim, é uma empresa boa de se trabalhar por isso, você tem aonde estar discutindo, você tem aonde estar vendo, procurando sempre estar melhorando, tem onde buscar informações, experiência realmente você vai realmente adquirindo com o tempo, isso aí não tem jeito. (Entrevistado 02).

Eu gosto muito de trabalhar no IMIP, não estou querendo aqui demagogia ou qualquer coisa, mas porque eu vejo que o IMIP realmente ele valoriza as pessoas e ele investe realmente, dá boas condições de trabalho, apesar de tudo. (Entrevistado 02).

Já em relação à disponibilidade, em termos de carga horária exigida pela SMS para o desenvolvimento das funções gestores, o Entrevistado 03 refere existir uma flexibilidade na carga horária semanal a ser cumprida pelo gestor, sob a ciência da SMS. Ficando a cobrança da referida secretaria mais focalizada nos resultados finalísticos da assistência prestada à saúde, que no monitoramento e cobrança da referida carga horária.

Com relação à flexibilidade de horário, eu acho uma coisa muito tranquila, é uma coisa que a gente faz com muita tranquilidade. E a cobrança é muito mais resultado, isso aí é nítido, eles querem resultados. Mas da forma como você vai fazer isso, até hoje eu sempre me senti muito a vontade pra buscar este resultado sem este tipo de cobrança. (Entrevistado 03).

Quando o usuário realmente ele não é atendido, quando o município não tem pra ofertar determinado serviço. Porque está empancado mesmo, né, seja lá com manutenção, seja com a falta. Então isso é o que respinga de mais negativo, então neste sentido a gente é cobrado mesmo para estar dando resolutividade, para estar buscando alternativas, para que o cidadão entre doente e saía satisfeito. (Entrevistado 03)

Portanto, conforme as falas dos entrevistados, podemos observar um alto comprometimento e uma relativa autonomia gerencial no desenvolvimento de suas funções em suas respectivas unidades, apesar das críticas relativas à lacuna no apoio institucional por parte das secretarias municipal e estadual de saúde. Cabendo salientar conforme o discurso do Entrevistado 02 que quanto mais efetivo for o acompanhamento e suporte político-administrativo maior é a motivação gerada no gestor frente a presença efetiva deste apoio institucional.

6.3 Análise Documental

6.3.1 Preenchimento dos prontuários pelos profissionais

Em uma análise geral (Tabela 7), nas duas unidades, os dados referentes à identificação dos usuários foram preenchidos em sua totalidade nos prontuários analisados, seguidos pela história clínica e a hipótese diagnóstica, com 97,2% e 88,9% respectivamente. Estes mesmos resultados também foram observados ao analisar o preenchimento dos prontuários pelos profissionais do HMS, divergindo apenas na frequência do preenchimento da história clínica – também preenchida na totalidade dos prontuários – e da prescrição, que juntamente à hipótese diagnóstica obteve 88,9% de registro nos prontuários. Já na UPA Cabo, além do registro da identificação, a queixa do usuário também foi preenchida em sua totalidade, seguida da história clínica com 94,4% de registro.

Em contrapartida, o registro dos sinais vitais dos usuários foi o pior preenchimento observado nos prontuários das duas unidades, com 63,9% de ausência de registro, com ênfase na UPA Cabo, onde em 72,2% dos prontuários não havia o registro deste item.

No HMS, os antecedentes clínicos (61,1%), a queixa e os sinais vitais (55,6%) configuraram-se nos piores índices de preenchimento observados nos prontuários.

Em um outro estudo, realizado por Labbadia e Adami (2004), verificou-se nos prontuários analisados que as atividades relacionadas ao registro da terapêutica medicamentosa e controle de sinais vitais foram registrados de forma completa na maioria dos prontuários (96,2% e 72,6%, respectivamente). Fato que diverge deste estudo apenas em relação ao preenchimento dos sinais vitais, que obteve a maior proporção de não registro pelos profissionais.

Tabela 7 - Frequência de preenchimento do prontuário do paciente pelos médicos nas emergências, 2013.

(continua)

	HMS				UPA				Total			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Identificação do paciente	18	100,0			18	100,0			36	100,0		
Queixa	8	44,4	10	55,6	18	100,0			26	72,2	10	27,8
Antecedentes Clínicos	7	39,0	11	61,1	16	89,0	2	11,1	23	63,9	13	36,1
Sinais Vitais	8	44,4	10	55,6	5	27,8	13	72,2	13	36,1	23	64,0
Conduta de Enfermagem	15	83,3	3	16,7	15	83,3	3	16,7	30	83,3	6	16,7
História Clínica	18	100,0			17	94,4	1	5,6	35	97,2	1	2,8
Exame físico	14	77,8	4	22,2	16	89,0	2	11,1	30	83,3	6	16,7

Tabela 7 - Frequência de preenchimento do prontuário do paciente pelos médicos nas emergências, 2013.

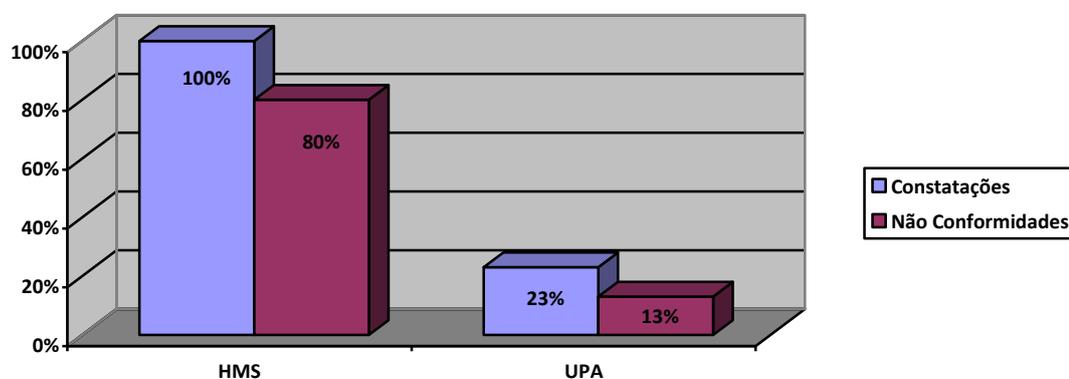
	HMS				UPA				Total			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hipótese diagnóstica	16	89,0	2	11,1	16	89,0	2	11,1	32	89,0	4	11,1
Exames solicitados	4	22,2	14	77,8	3	16,7	15	83,3	7	19,4	29	80,6
Prescrição	16	89,0	2	11,1	11	61,1	7	39,0	27	75,0	9	25,0

Fonte: Elaborado pelo autor.

6.3.2 Relatórios de auditoria e inspeção sanitária

Conforme o gráfico 01, observa-se que o HMS obteve 80,0% de “não conformidades” em relação ao total geral de constatações expostas nos relatórios de auditoria e inspeção sanitária, enquanto que a UPA Cabo obteve uma melhor avaliação geral com um total de 60,0% de “não conformidades”. Salvo a respectiva desproporção quanto ao número absoluto de constatações por unidade.

Gráfico 1 – Proporção entre Constatações e Não conformidades



Fonte: Elaborado pelo autor.

Podemos ainda observar (Quadro 13) que tanto de forma geral, quanto por unidade, se observa que a maioria das “não conformidades” se concentra no item referente à *estrutura física e conservação das instalações*, representando 44,2% das “não conformidades” constatadas no HMS e 44,4% na UPA Cabo.

O segundo item com maior concentração de “não conformidades”, obteve divergência entre as unidades pesquisadas. Para o HMS, os itens referentes aos *recursos humanos* e às *normas, rotinas, protocolos e comissões internas* obtiveram as mesmas proporções de “não

conformidades”, correspondendo à 13,5% do total para esta unidade. Enquanto que para a UPA Cabo, os itens referentes ao *acesso, regulação e atendimento à demanda*, juntamente, à *documentação e prontuário*, obtiveram 22,2% das “não conformidades”.

Seguindo esta mesma correlação, em relação à proporção das “não conformidades” por item e unidade pesquisada, observa-se para o HMS a respectiva ordem: *recursos materiais e equipamentos* (9,6%); *humanização e documentação e prontuário* (5,8%); e *acesso, regulação e atendimento à demanda e qualidade da atenção e resolutividade* (3,8%). Já para a UPA Cabo, observa-se que apenas mais um item (*recursos humanos*) obteve a constatação de “não conformidade”, correspondendo à 11,1% do total para esta unidade. Vale salientar que a UPA Cabo, não obteve nenhuma “não conformidade” nos itens referentes à *humanização; recursos materiais e equipamentos; qualidade da atenção e resolutividade; e normas, rotinas, protocolos e comissões internas*.

Quadro 13 – Relação das não conformidades por item e unidade pesquisada, 2013.

(Continua)

Unidades	HMS		UPA Cabo	
Item	Constatação	Descrição	Constatação	Descrição
Estrutura física e conservação das instalações	Nº. 214592	A unidade dispõe de serviço odontológico para atendimento de UE inadequado.	Nº. 208158	Não se evidenciou nos estacionamentos externos ou internos vagas para veículos que transportem pessoa portadora de deficiência, bem como a inexistência do piso tátil de alerta na subida e descida da rampa de acesso principal à unidade.
	Nº. 214600	Consultório destinado ao atendimento de ortopedia em urgência e sala de gesso em mesmo ambiente, com espaço físico inadequado, dificultando o acesso dos usuários e funcionários, assim como, a circulação de cadeiras de rodas.	Nº. 208400	A UPA Cabo não possui todos os materiais e equipamentos das unidades não hospitalares de atendimento às UE's que devem, necessariamente, fazer parte do arsenal de qualquer unidade 24 horas.
	Nº. 217088	A unidade não possui programa de manutenção predial preventiva ou corretiva.	Nº. 208464	Foi evidenciado uma única sala de repouso de técnicos/funcionários para ambos os sexos, não atingindo a capacidade de acomodação, sendo portanto, incompatível com o número de funcionários existentes.
	Nº. 0184-39			
	Nº. 0184-47			
	Nº. 218637	A sala de curativos e medicações intramusculares encontra-se em precário estado de conservação e limpeza.	Nº. 209254	Armazenamento inadequado de materiais no depósito interno da UPA.
	Nº. 218650	A lavanderia apresenta instalação elétrica inadequada com fios expostos; caixa de ar-condicionado aberta, sem a climatização adequada e em contato direto com o meio externo.		
Nº. 0184-44				
Estrutura física e conservação das instalações	Nº. 218658	A unidade não possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS),		
	Nº. 0182-13			
	Nº. 0184-43			
	Nº. 218886	A unidade possui serviço de radiologia inadequado.		
	Nº. 0182-17			
	Nº. 0183-19			
Nº. 220027	Antigas instalações do laboratório municipal estavam servindo como depósito de materiais, equipamentos e mobiliário, estado estes acondicionados de forma inadequada e em precárias condições de higiene e limpeza.			

Quadro 13 – Relação das não conformidades por item e unidade pesquisada, 2013.

(Continuação)

Unidades	HMS		UPA Cabo	
Item	Constatação	Descrição	Constatação	Descrição
	Nº. 220065	Sala destinada à realização de pequenas cirurgias encontra-se inadequada, com acesso único para circulação dos usuários de cirurgias eletivas e oriundos do setor de UE.		
	Nº. 0183-31			
	Nº. 0183-32			
	Nº. 220286	Sala de vacinação improvisada, em precário estado de conservação e higiene, desorganizada, com presença de roupa suja jogada no chão, ausência de maca para administração da vacina no usuário.		
	Nº. 0183-33			
	Nº. 0183-34			
	Nº. 220299	Farmácia funciona em espaço restrito e com vários armários, dificultando a circulação dos profissionais e o armazenamento dos insumos e materiais.		
Nº. 220301	O local de desembarque dos alimentos para a cozinha e dos insumos e materiais para a farmácia é o mesmo da saída do lixo e dos cadáveres para o necrotério.			
Estrutura física e conservação das instalações	Nº. 220303	O posto de enfermagem do setor de UE esta irregular quanto a organização, conservação e limpeza.		
	Nº. 220305	Sala para administração das medicações no setor de UE desativada, em precário estado de conservação e higiene.		
	Nº. 220308	Ocupação mista nos repousos de observação, desrespeitando a privacidade e a intimidade usuários assistidos.		
	Nº. 220309	Sala de espera da UE inapropriada em um corredor onde os usuários aguardam para serem atendidos nos consultórios, pela radiologia ou para administração das medicações.		
	Nº. 0184-45			
	Nº. 220449	Sala de nebulização não possui sistema de climatização, com ventilação natural por janelas abertas sem telas e caixa de ar-condicionado aberta, dando acesso direto ao meio externo.		
	Nº. 220451	A unidade possui salas de preparo e guarda de cadáver (necrotério) inadequadas.		
	Nº. 220455	Central de Material de Esterilização (CME) inadequada, desorganizada e sem implantação das normas e rotinas do setor.		
	Nº. 0183-27			
Nº. 0183-30				
Estrutura física e conservação das instalações	Nº. 220458	Uma sala pequena, anexa à uma enfermaria no setor de clínica médica, está improvisada como copa para os profissionais de serviços gerais, dispendo de uma geladeira em péssimo estado de conservação, piso danificado e regular condições de higiene.		
	Nº. 220461	A unidade possui sistema de drenagem de água inadequado, com acúmulo de água suja em canaletas aberta.		
	Nº. 220462	Central de gazes medicinais inadequada.		

Quadro 13 – Relação das não conformidades por item e unidade pesquisada, 2013.

(Continuação)

Unidades	HMS		UPA Cabo	
Item	Constatação	Descrição	Constatação	Descrição
	Nº. 0184-41	A unidade não dispõe de acessibilidade em diversos setores aos portadores de necessidades especiais.		
Recursos humanos	Nº. 217092	Inexistência de ações de atenção à saúde dos profissionais da unidade relacionadas ao PCMSO ou à imunização contra tétano, difteria, hepatite B e outros imunobiológicos.	Nº. 208980	Divergência entre as escalas de plantão médica e a listagem nominal de profissionais médicos fornecida
	Nº. 0182-6			
	Nº. 0183-20			
	Nº. 217098	Os profissionais não participam de programa de EC.		
	Nº. 220307	Profissionais presentes nas escalas médica, de enfermagem e de técnicos de gesso, não cadastrados no CNES, assim como, profissionais que permanecem no referido cadastro, mas não pertencem mais ao quadro atual de funcionários.		
	Nº. 0182-4	A unidade não apresentou relação nominal dos profissionais com seus respectivos conselhos de classe, assim como, foi observado que os profissionais não utilizam nenhuma identificação.		
	Nº. 0184-35			
	Nº. 220440	Não apresentou documento formal em que constem os respectivos responsáveis técnicos.		
Nº. 0182-3				
Recursos humanos	Nº. 221067	Não garante o atendimento médico nas especialidades de ortopedia e cirurgia geral todos os dias da semana.		
	Nº. 221262	Escala dos técnicos de imobilização incompleta com a ausência do deste profissional quando há o registro na escala do plantão do profissional médico ortopedista.		
Humanização	Nº. 220074	Ambientes destinados ao repouso dos profissionais inadequado, prejudicando o descanso e colocando em risco a saúde dos profissionais.		
	Nº. 0184-42			
	Nº. 220442	A unidade não garante ambiente adequado para o repouso dos profissionais de radiologia e odontologia.		
	Nº. 0184-40	Ausência de identificação dos setores.		
	Nº. 0184-46			
Recursos materiais e equipamentos	Nº. 217089	A unidade não dispõe de programa de manutenção de materiais e equipamentos hospitalares, com materiais e equipamentos em precárias condições de conservação e funcionamento.		
	Nº. 0182-15			
	Nº. 0183-18			
	Nº. 217090	Equipamentos de climatização dos ambientes nas enfermarias, farmácia, CME, lavanderia e consultórios estão sem funcionar adequadamente ou apresentando vazamentos.		
	Nº. 0183-21			
	Nº. 0183-28			
Nº. 217105	A unidade não dispõe de dispensador com preparação alcoólica em gel, dispensador de sabonete líquido e papel toalha, para higienização e secagem das mãos dos profissionais de saúde, visitantes, acompanhantes e usuários.			

Quadro 13 – Relação das não conformidades por item e unidade pesquisada, 2013.

(Continuação)

Unidades	HMS		UPA Cabo	
Item	Constatação	Descrição	Constatação	Descrição
Recursos materiais e equipamentos	Nº. 217107	Os recursos materiais e equipamentos disponibilizados para o setor de UE são insuficientes para o bom funcionamento deste serviço.		
	Nº. 217290	Os profissionais não estavam fazendo uso dos EPIs e EPCs, assim como, a unidade não disponibilizou as fichas de entrega destes equipamentos.		
	Nº. 0183-22			
	Nº. 0184-36			
	Nº. 0184-37			
Acesso, regulação e atendimento à demanda	Nº. 219435	Inconformidade no CNES quanto ao número de profissionais odontólogos no serviço de urgência.	Nº. 208399	O número de atendimentos médicos em 24 horas se encontra aquém dos preconizados pela legislação vigente.
	Nº. 220441	CNES desatualizado quanto ao número de leitos e enfermarias.	Nº. 209022	Dificuldade na transferência de pacientes graves atendidos na UPA Cabo.
	Nº. 0182-1			
Documentação e Prontuário	Nº. 221118	Prontuários do setor de UE com registros sucintos, letra ilegível, ausência de registros de anamnese, exame físico e conduta de enfermagem.	Nº. 208967	O PGRSS referente à definição de porte do estabelecimento ultrapassando o prazo de 12 meses estabelecido pela legislação para renovação.
	Nº. 0182-2	Não apresentou certificado de controle de pragas urbanas, certificado de limpeza e desinfecção dos reservatórios de água, assim como, análise microbiológica da água que abastece a unidade.	Nº. 209003	A UPA Cabo não enviou todos os contratos solicitados dos prestadores de serviços terceirizados.
	Nº. 0182-5			
	Nº. 0182-8			
	Nº. 0182-7	Unidade não apresentou contrato com a empresa responsável pelo recolhimento do lixo infectante.		
Qualidade da atenção e resolutividade	Nº. 217104	A unidade não possui protocolos de critérios de classificação de risco como estabelecida pelo programa de humanização da assistência em SUE		
	Nº. 217292	Não foram apresentadas cópias dos termos aditivos, licenças, notas de empenho, comprovantes de liquidação e notas fiscais com os atestos de serviço realizado.		
	Nº. 0183-23			
Normas, rotinas, protocolos e comissões internas	Nº. 217094	A unidade não possui normas e rotinas médicas e de enfermagem atualizadas e disponibilizadas, assim como, memorial descritivo das atividades.		
	Nº. 0182-9			
	Nº. 0182-10			
	Nº. 0183-26			
	Nº. 217095	A unidade não possui comissão de controle de infecção hospitalar formalmente constituída e atuante.		
	Nº. 0183-24			

Quadro 13 – Relação das não conformidades por item e unidade pesquisada, 2013.

(Conclusão)

Unidades		HMS		UPA Cabo	
Item	Constatação	Descrição	Constatação	Descrição	
Normas, rotinas, protocolos e comissões internas	Nº. 217096	A unidade não possui comissões internas formalmente constituídas, como: ética médica e de enfermagem, verificação de óbitos, infecção hospitalar, prevenção de acidentes, revisão de prontuários e humanização.			
	Nº. 0183-25				
	Nº. 217100	A unidade não possui implantado um PGRSS.			
	Nº. 0182-13				
	Nº. 217101	A unidade não possui quadros informativos de normas relacionadas à biossegurança, assim como, o mapeamento de risco dos ambientes.			
	Nº. 0182-11				
	Nº. 0182-12				
	Nº. 221096	A unidade não apresentou a licença sanitária da farmácia hospitalar e a rotina de verificação de validade dos insumos.			
Nº. 0182-14					
Nº. 0183-29	A unidade não possui plano de emergência.				

Fonte: Elaborado pelo autor.

6.4 Observações Sistemáticas em Campo

Neste sub-tópico apresentar-se-á, enquanto técnica de investigação complementar ao processo de avaliação, a observação sistemática do pesquisador sobre as condições oferecidas e organização das emergências, com relatos das observações realizadas pelo mesmo, referentes à sinalização e conforto dos ambientes, divulgação das especialidades oferecidas, adequação das acomodações para usuários e acompanhantes, limpeza do ambiente e mensuração dos tempos de espera para atendimento e exames, assim como, o direito a presença do acompanhante, a existência e organização da equipe de acolhimento e classificação de risco, rotina de encaminhamento dos pacientes para outros serviços e o tipo de informação dada aos usuários sobre o tempo de espera utilizado pelos serviços.

6.4.1 Aspectos gerais

Quanto à sinalização, observa-se que nas duas unidades os setores estão indicados por placas ou sinais de fácil visualização e compreensão. Contudo, quanto a divulgação das especialidades oferecidas em cada um dos serviços pesquisados, observa-se nas unidades a inexistência de placas (visíveis) com a indicação de todas as especialidades disponíveis, seja na recepção ou em áreas de fácil visualização para os usuários.

Quanto ao conforto dos ambientes, na UPA Cabo os setores estão climatizados, bem iluminados e os mobiliários existentes promoverem conforto para os profissionais e usuários. Realidade que não se pode afirmar para a ambientação do HMS, onde, apesar da unidade encontrar-se em reforma, foram encontrados ambientes sem climatização ou com os equipamentos de climatização apresentando vazamentos, assim como, mobiliários antigos, sujos e com avarias, não proporcionando um adequado conforto para os profissionais e usuários. As acomodações para os usuários também não estavam adequadamente dimensionadas nas duas unidades, em número insuficiente para o quantitativo de usuários. Observando-se na UPA Cabo a permanência de filas de usuários em pé, aglomerando-se em um mesmo espaço, enquanto aguardavam atendimento, não existindo, por exemplo, assento para todos.

Nas salas de observação das emergências, encontramos outra divergência entre as unidades, onde na UPA Cabo existiam leitos e acomodações em número suficiente para usuários e acompanhantes, enquanto que no HMS, observamos tanto uma precária qualidade das acomodações oferecidas aos acompanhantes dos usuários (cadeira plástica), quanto um

quantitativo insuficiente destas acomodações. Contudo, nas duas unidades foi observada a garantia da permanência do acompanhante, principalmente aos usuários localizados nas salas de observação.

Em relação a limpeza, observa-se que nas duas unidades pesquisadas houve limpeza imediata dos ambientes quando da presença de resíduos, como sangue e vômitos. Estando a responsabilidade deste serviço em ambas as unidades, delegada a empresas privadas contratadas para este fim.

Em relação a rouparia, observa-se que na UPA Cabo os lençóis das camas e macas estavam em boas condições de conservação e limpeza, sendo sempre realizada a troca dos lençóis quando da saída de um usuário ou na presença de sujidades. Por outro lado, no HMS verifica-se a existência de diversos leitos de observação sem a presença de lençóis, com lençóis em tamanho pequeno para a dimensão dos colchões ou em precário estado de conservação (manchados ou rasgados). Notando-se a ocupação destes leitos pelos usuários em contato direto com o colchão hospitalar.

Quanto a existência de equipe de ACCR, observa-se que apenas na UPA Cabo temos a implantação deste serviço de forma contínua – nos períodos diurno e noturno – e normatizada, com a presença de equipe multiprofissional composta por profissionais de nível médio, assistentes sociais, enfermeiros e médicos, este último profissional (segundo informações da unidade) atuando apenas em caráter consultivo. Ficando a responsabilidade técnica pela classificação de risco dos usuários com a equipe de enfermagem escalada para o setor de acolhimento. Também observa-se que os graus de risco são determinados por cores (vermelha, amarela, verde e azul) conforme protocolo reconhecido, com identificação tanto dos usuários quanto de alguns ambientes (salas de observação) na unidade, com incorporação tecnológica dos ambientes de acordo com sua classificação em sala vermelha e sala de observação amarela. Contudo não foi observada a determinação do tempo máximo de espera a partir da classificação do usuário, com os usuários sendo informados de forma verbal sobre uma suposta estimativa de espera para o seu atendimento, assim como, os usuários de baixo risco “azuis” em sua quase totalidade são atendidos na própria unidade, não sendo, portanto, observada uma rotina de contra referenciamento para outros serviços de menor complexidade.

No HMS, existe a implantação de um setor para o acolhimento dos usuários, junto à recepção central do setor de emergência do hospital, composta por uma equipe de técnicos em enfermagem, responsáveis pelo acolhimento e aferição dos sinais, assim como, pela organização da fila de espera para o atendimento, mas sem uma normatização que a norteie ou a informação dos respectivos tempos de espera aos usuários. Eventualmente foi observada

presença de um enfermeiro ou médico neste setor, este último profissional para a realização – conforme informação dos profissionais do próprio setor – de uma “triagem” dos usuários, com a realização de orientações verbais sobre a indicação de serviço mais adequado para a prestação da assistência nos casos em que não se configura atendimento de urgência ou realização de atendimento com prescrição de medicações em receituário no próprio setor.

Quanto a rotina de encaminhamento dos usuários para outros serviços – tanto na UPA Cabo, quanto no HMS – esta consiste fundamentalmente na referência dos usuários para serviços de maior complexidade, através de regulação da transferência junto a central de leitos do estado e do preenchimento da ficha de encaminhamento do usuário.

6.4.2 Mensuração dos tempos de espera

Em relação a mensuração dos tempos de espera dos usuários para realização do ACCR (Tabela 8), observa-se que na UPA Cabo, a minoria dos usuários (11,1%) são acolhidos e classificados em menos 10 minutos e que tanto a média de tempo, quanto o tempo mínimo e máximo de espera para o ACCR pouco variam em relação ao turno de trabalho (plantão diurno e noturno), ficando o tempo médio de espera em torno de 30 minutos. Já os menores e maiores tempos de espera para o ACCR foram, ambos, registrados no turno noturno, com 05 e 45 minutos respectivamente.

Tabela 8 - Tempo de espera da chegada do usuário até ser atendido pela Classificação de Risco, segundo turno de trabalho, 2013

(continua).

Turno	Tempo de espera (minutos)	UPA	
		N	%
Diurno	até 10	1	11,1
	de 10 a 30	4	44,4
	de 30 a 50	4	44,4
	Total	9	100,0
	Média	0:30:33	
	Mínimo	0:10:00	
	Máximo	0:40:00	
	Desvio padrão (dp)	0:09:10	
Noturno	até 10	1	11,1
	de 10 a 30	4	44,4
	de 30 a 50	4	44,4
	Total	9	100,0
	Média	0:27:47	

Tabela 8 - Tempo de espera da chegada do usuário até ser atendido pela Classificação de Risco, segundo turno de trabalho, 2013
(conclusão).

Turno	Tempo de espera (minutos)	UPA
	Mínimo	0:05:00
	Máximo	0:45:00
	Desvio padrão (dp)	0:14:23

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação a mensuração dos tempos totais de espera dos usuários, desde a sua chegada a unidade até o atendimento médico (Tabela 9), de forma geral, observa-se que durante o período diurno a maioria dos usuários aguardam de 10 a 30 minutos, enquanto que no noturno esta espera se prolonga para 30 a 50 minutos. Entretanto, em relação aos tempos médios de espera por usuário, sua variação teve pouca significância, apresentando uma melhor média no turno diurno, como já observado acima, porém com uma diferença de apenas 07 minutos e 14 segundos em relação ao turno noturno. Fato também observado em relação aos menores tempos de espera para o atendimento, com o menor tempo registrado no turno diurno, mas com apenas 05 minutos de divergência para o turno noturno.

Quanto aos maiores tempos de espera registrados para o atendimento médico, observa-se que 5,6% dos usuários no turno diurno e 27,8% no noturno, aguardaram mais de 50 minutos. Registrando tempo máximo de espera, em ambos os turnos, de 01 hora para o referido atendimento.

Ao analisar por unidade pesquisada, observa-se que no período diurno, a maioria dos usuários (55,6%) da UPA Cabo espera de 10 a 30 minutos, enquanto que no HMS esta espera se prolonga de 30 a 50 minutos para 44,4% dos usuários. Ficando a diferença entre os tempos médios de espera por usuário em torno de 05 minutos e 33 segundos a mais no HMS. Em contrapartida, observa-se que no período noturno há uma inversão destes tempos de espera por unidade, enquanto que a maioria dos usuários (55,6%) do HMS aguarda de 10 a 30 minutos, na UPA Cabo, 44,4% aguardam mais de 50 minutos pelo atendimento médico, com uma diferença de 15 minutos e 33 segundos a mais nos tempos médios de espera na UPA Cabo.

Tabela 9 - Tempo de espera da chegada do usuário até ser atendido pelo médico, segundo turno de trabalho e emergências pesquisadas, 2013.

Turno	Tempo de espera (minutos)	HMS		UPA		Total	
		N	%	N	%	N	%
Diurno	até 10	1	11,1	1	11,1	2	11,1
	de 10 a 30	3	33,3	5	55,6	8	44,4
	de 30 a 50	4	44,4	3	33,3	7	39,0
	acima de 50	1	11,1			1	5,6
	Total	9	100,0	9	100,0	18	100,0
	Média	0:35:33		0:30:00		0:32:47	
	Mínimo	0:10:00		0:10:00		0:10:00	
	Máximo	1:00:00		0:50:00		1:00:00	
	Desvio padrão (dp)	0:16:51		0:13:28		0:15:04	
Noturno	de 10 a 30	5	55,6	1	11,1	6	33,3
	de 30 a 50	3	33,3	4	44,4	7	39,0
	acima de 50	1	11,1	4	44,4	5	27,8
	Total	9	100,0	9	100,0	18	100,0
	Média	0:32:47		0:48:20		0:40:33	
	Mínimo	0:15:00		0:30:00		0:15:00	
	Máximo	0:55:00		1:00:00		1:00:00	
	Desvio padrão (dp)	0:13:57		0:10:36		0:14:26	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto a mensuração do tempo de espera para a coleta dos exames laboratoriais (Tabela 10), de forma geral, observa-se que no período diurno os usuários aguardam de 10 a 30 minutos pela coleta dos exames, enquanto que no período noturno esta espera sobe para de 30 a 50 minutos. Observando-se uma diferença nos tempos médios de espera entre os turnos de trabalho (diurno e noturno) de 05 minutos, com os menores e maiores tempos de espera registrados na UPA Cabo durante o período diurno, com tempo mínimo registrado de 20 minutos e máximo de 30 minutos.

Tabela 10 - Tempo de espera entre a solicitação e coleta de exames laboratoriais, segundo turno de trabalho e unidade, 2013

(continua).

Turno	Tempo de espera (minutos)	HMS		UPA		Total	
		N	%	N	%	N	%
Diurna	de 10 a 30	1	33,3	3	100,0	4	66,7
	de 30 a 50	2	66,7			2	33,3
	Total	3	100,0	3	100,0	6	100,0
	Média	0:33:20		0:25:00		0:29:10	
	Mínimo	0:25:00		0:20:00		0:20:00	
	Máximo	0:40:00		0:30:00		0:40:00	
	Desvio padrão (dp)	0:07:38		0:05:00		0:07:22	

Tabela 10 - Tempo de espera entre a solicitação e coleta de exames laboratoriais, segundo turno de trabalho e unidade, 2013

Turno	Tempo de espera (minutos)	HMS		UPA		Total	
		N	%	N	%	N	%
		(conclusão)					
Noturna	de 10 a 30	2	50,0	1	33,3	3	43,0
	de 30 a 50	2	50,0	2	66,7	4	57,1
	Total	4	100,0	3	100,0	7	100,0
	Média	0:33:45		0:35:00		0:34:17	
	Mínimo	0:30:00		0:30:00		0:30:00	
	Máximo	0:40:00		0:40:00		0:40:00	
	Desvio padrão (dp)	0:04:47		0:05:00		0:04:30	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Já em relação ao tempo total de espera, compreendido entre a solicitação e a disponibilização dos resultados dos exames (Tabela 11), observa-se que para 84,5% dos usuários esta espera ultrapassa os 50 minutos, com a média de tempo de espera por usuário ultrapassando 01 hora e 40 minutos. Os menores tempos de espera foram registrados na UPA Cabo, com tempo mínimo de espera de cerca de 40 minutos, enquanto que os maiores tempos de espera foram registrados no HMS, com espera acima de 02 horas. Vale salientar que a UPA Cabo não dispõe de laboratório próprio, diferentemente do HMS que tem o laboratório municipal instalado dentro das limitações do terreno da unidade e com acesso direto as suas instalações.

Tabela 11 - Tempo de espera total para recebimento dos resultados dos exames laboratoriais segundo turno de trabalho e unidade, 2013.

Turno	Tempo de espera (minutos)	HMS		UPA		Total	
		N	%	N	%	N	%
Diurna	de 30 a 50			1	33,3	1	16,7
	acima de 50	3	100,0	2	66,7	5	83,3
	Total	3	100,0	3	100,0	6	100,0
	Média	2:05:00		1:21:40		1:43:20	
	Mínimo	2:00:00		0:40:00		0:40:00	
	Máximo	2:15:00		1:55:00		2:15:00	
	Desvio padrão (dp)	0:08:40		0:38:11		0:34:18	
Noturna	de 30 a 50			1	33,3	1	14,3
	acima de 50	4	100,0	2	66,7	6	85,7
	Total	4	100,0	3	100,0	7	100,0
	Média	2:03:45		1:13:20		1:42:09	
	Mínimo	1:55:00		0:40:00		0:40:00	
	Máximo	2:10:00		1:55:00		2:10:00	
	Desvio padrão (dp)	0:06:17		0:38:11		0:35:06	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Infelizmente não foi possível realizar a mensuração dos tempos de espera para realização dos exames de radiologia, devido ao fato deste serviço encontrar-se desativado para manutenção dos equipamentos nas duas unidades, inviabilizando assim a coleta deste.

7 CONCLUSÃO POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS

Neste último capítulo apresentar-se-á a análise final da qualidade da assistência em UE de média complexidade no município do Cabo de Santo Agostinho, desenvolvida através da triangulação dos resultados apresentados no capítulo anterior, estabelecendo um diálogo entre a metodologia e as variadas técnicas utilizadas neste estudo, na busca por uma explicação síntese da percepção apreendida em cada uma destas técnicas. Onde, a partir de uma realidade concreta e complexa – como é o caso da prestação da assistência em UE e a qualidade desta, objeto deste estudo – exercitou-se a fragmentação deste objeto em avaliações e análises específicas, formando assim um novo construto a partir da observação das “partes de um todo”, para posteriormente realizar o exercício, neste capítulo, de reconstrução do objeto, juntando e unindo estas “partes” no intuito de produzir uma avaliação mais completa e aproximada da realidade (MENDES, 2009).

Diversos foram os resultados encontrados a partir dos questionários aplicados com os profissionais e gestores, das entrevistas com os gestores, da análise documental em prontuários, relatórios de auditoria e inspeção sanitária e das observações sistemáticas em campo, tais como: perfil dos profissionais e gestores; condições de trabalho; qualidade da assistência oferecida aos usuários; e entendimento político-administrativo dos gestores sobre a prestação da assistência em UE.

7.1 Análise das Dimensões da Qualidade (estrutura e processo)

7.1.1 Respeito ao direito das pessoas

7.1.1.1 Privacidade e Confidencialidade

De uma forma geral, as unidades preservam o direito à confidencialidade das informações e da privacidade dos usuários. Contudo no HMS, evidenciou-se o comprometimento do sigilo devido a inadequada estrutura física do consultório de ortopedia e da sala de espera da emergência, assim como, dos repousos de observação da emergência, com ocupação mista.

7.1.1.2 Direito e Acesso à Informação

Apesar da opinião favorável do gestor do HMS quanto à divulgação das especialidades oferecidas pela unidade, como uma das formas para se garantir o direito dos usuários à informação, em nenhuma das unidades pesquisadas foi observado qualquer tipo de sinalização que divulgasse as especialidades oferecidas pelos serviços.

Por outro lado, nas duas unidades os setores estavam bem sinalizados, indicados por placas ou sinais de fácil visualização e compreensão, garantindo desta forma autonomia a locomoção dos usuários. Entretanto no HMS, a central de gases medicinais e o serviço de radiologia não possuíam as devidas sinalizações, conforme a legislação vigente.

7.1.1.3 Ambiência, Conforto e Segurança

De forma generalista, os profissionais e gestores avaliaram positivamente as condições de ambiência e conforto para o desenvolvimento do trabalho nas duas unidades pesquisadas, apontando a limpeza como melhor e a segurança nas unidades como a pior dentre todas as condições avaliadas.

Segurança, segurança, a gente está precisando aqui de uma segurança maior.
(Entrevistado 04).

Esta aparente boa avaliação, também foi observada no discurso dos gestores entrevistados. Tendo estes, entretanto, apontado – para além das condições de infra-estrutura e segurança – a falta de equipamentos e insumos, ausência de manutenção dos equipamentos, superlotação, ineficiência dos serviços de transporte inter-hospitalar como as principais dificuldades para uma condição de trabalho que de fato favoreça a qualidade da assistência prestada aos usuários nestes serviços.

Mas voltando um pouco para esta questão da condição de trabalho, apesar das limitações, eu acho que a gente sim consegue dar uma boa condição de trabalho...
(Entrevistado 02).

Estas dificuldades elencadas pelos gestores também foram observadas nas constatações dos relatórios de auditoria e inspeção sanitária no HMS, em referência às precárias condições de conservação e limpeza de todas as instalações destinadas ao repouso dos profissionais, assim como, ao inadequado dimensionamento dos repouso quantitativo

de profissionais em serviço, obrigando (por exemplo) os profissionais dos serviços de odontologia e radiologia a realizarem o repouso inadequadamente no próprio setor.

Ainda em relação a limpeza, nas duas unidades foi observada a limpeza imediata dos ambientes quando da presença de resíduos biológicos, como sangue e vômitos.

Hoje a gente tem uma terceirização da limpeza, isso já melhora muito, certo!?
(Entrevistado 03).

Entretanto, segundo os relatórios de auditoria e inspeção sanitária, averiguou-se na época uma realidade divergente desta atualmente obtida, onde segundo os supracitados documentos, no HMS:

- a) Não foi apresentado nenhum certificado de limpeza e desinfecção dos reservatórios de água;
- b) O local de desembarque dos alimentos para a cozinha e dos insumos e materiais para a farmácia é o mesmo da saída do lixo e dos cadáveres para o necrotério. Apresentando piso úmido, com revestimento poroso e fissuras; fios elétricos expostos; e paredes com perda de revestimento;
- c) Diversas paredes e tetos apresentando infiltrações e bolor, assim como, rachaduras nos pisos;
- d) Antigas instalações do laboratório servindo como depósito de materiais inadequado e com precárias condições de higiene e limpeza;
- e) Serviço de odontologia e radiologia de urgência, posto de enfermagem, repousos da observação, sala de curativo, lavanderia, lixeira externa, central de gases, mesa cirúrgica da sala de sutura e demais mobiliários em precárias condições de conservação e limpeza.

Já na UPA Cabo, não foi apresentado o contrato de prestação de serviço com a empresa que realiza a limpeza da unidade, dificultando a análise deste serviço pelos auditores.

Em relação a alimentação, dentre as dimensões do conforto avaliadas, a qualidade da refeição ficou em penúltimo lugar. Onde na opinião específica dos médicos, a qualidade da refeição oferecida nas unidades foi a única a receber uma avaliação regular. Vale salientar que a UPA Cabo também não apresentou o contrato da empresa responsável pela prestação do serviço de alimentação.

Quanto à quantidade e qualidade do mobiliário, nas duas unidades as acomodações para os usuários não estavam adequadamente dimensionadas. Observando-se no HMS, tanto uma precária qualidade das acomodações oferecidas aos usuários e acompanhantes – com mobiliários antigos e inadequados, em precário estado de conservação e limpeza, com perda

de revestimento, sinais de corrosão, sujos ou com avarias – quanto em quantidade incompatível ao quantitativo de profissionais, usuários e acompanhantes.

O HMS também não dispunha de programa para manutenção do seu mobiliário, chamando atenção o fato das salas aonde funcionavam as antigas instalações do laboratório municipal, que estavam na ocasião servindo inadequadamente como depósito de mobiliário; da sala de espera dos usuários na UE inapropriada e desconfortável; e da sala de vacinação, que estava sem maca para administração de vacina.

Na UPA Cabo observou-se diversos usuários aguardando atendimento em pé, aglomerados em um mesmo espaço, por falta de assentos suficientes na unidade e fluxograma que auxiliasse na distribuição ágil e eficaz dos profissionais e usuários entre os diversos setores. Contudo, em relação à qualidade das acomodações existentes, estas promoviam satisfatório conforto aos profissionais, usuários e acompanhantes.

Quanto a rouparia, na UPA Cabo os lençóis das camas e macas estavam em boas condições de conservação e limpeza, sendo sempre realizada a troca dos lençóis quando da saída de um usuário ou na presença de sujidades. Em contrapartida, no HMS verificou-se a existência de diversos leitos de observação sem a presença de lençóis, com lençóis em tamanho pequeno para a dimensão dos colchões ou em precário estado de conservação (manchados ou rasgados), assim como, segundo os relatórios de auditoria e inspeção sanitária, a lavanderia encontrava-se com estrutura física e fluxograma inadequados, sem a utilização dos EPIs pelos funcionários.

Em relação à climatização, na UPA Cabo os setores estavam todos climatizados, conforme ressaltado pela fala do gestor.

[...] a questão do conforto, climatização é o que eles (usuários) mais elogiam [...].
(Entrevistado 02).

Enquanto que no HMS, foram encontrados ambientes sem climatização, com os equipamentos de climatização mal instalados, sem funcionar adequadamente ou apresentando vazamento, sem a devida manutenção ou análise microbiológica. Conforme evidenciado nos relatórios de auditoria e inspeção sanitária para os ambientes da farmácia, CME, lavanderia, consultórios, sala de curativo, sala de nebulização e salas de observação.

Por fim, quanto a iluminação, nas duas unidades os diversos setores da UE estavam bem iluminados, a exceção das salas de preparo e guarda de cadáver (necrotério) no HMS, que estavam sem a iluminação adequada.

7.1.1.4 Humanização da Assistência e Acolhimento aos Usuários

Na UPA, os graus de risco são determinados por cores (vermelha, amarela, verde e azul) com identificação tanto dos usuários quanto dos ambientes, sendo a ordem de atendimento organizada de acordo com a gravidade de cada caso, via protocolo normatizado.

Em contraponto no HMS, conforme as constatações contidas nos relatórios de auditoria e inspeção sanitária verificou-se a inexistência de protocolos e critérios de classificação de risco condizentes com as disposições legais estabelecidas para humanização da atenção e gestão do SUS, impossibilitando assim, a identificação de usuários que necessitassem de intervenção e cuidados de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Ademais, em nenhuma das unidades foram identificados mecanismos normatizados para a comunicação dos tempos de espera aos usuários. Onde, na UPA Cabo não foi observada a determinação de um tempo máximo de espera a partir da classificação do usuário, com os usuários sendo informados de forma verbal sobre uma suposta estimativa de espera para o seu atendimento. Enquanto que no HMS, em nenhum momento foi observada a comunicação dos tempos de espera aos usuários.

Desta forma, observou-se na UPA Cabo (uma vez que o HMS não possui classificação de risco), que a minoria dos usuários foi classificada em tempo menor que 10 minutos e que tanto a média de tempo, quanto o tempo mínimo e máximo de espera para o ACCR pouco variaram em relação ao turno de trabalho, ficando o tempo médio de espera para classificação em torno de 30 minutos. Contudo, cabe salientar que os menores e maiores tempos de espera para o ACCR foram ambos registrados no turno noturno, com 05 e 45 minutos respectivamente.

Quanto à análise geral dos tempos de espera para o atendimento médico, durante o período diurno a maioria dos usuários aguardavam de 10 a 30 minutos, enquanto que no noturno esta espera se prolongava para de 30 a 50 minutos. Observando-se pouca variação dos tempos médios de espera por usuário nas unidades, no entanto, com uma melhor média de tempo observada no turno diurno, mas com uma diferença de apenas 07 minutos e 14 segundos em relação ao turno noturno. Corroborando parcialmente com a fala do gestor sobre os respectivos tempos médios de espera em sua unidade.

A gente aumentou o número de médicos e hoje a média está em 26 minutos. Isso é o tempo da classificação até o atendimento médico. O tempo da chegada até a classificação fica em menos de 10 minutos. (Entrevistado 01).

Em contrapartida, observou-se que 5,6% dos usuários no turno diurno e 27,8% no noturno aguardaram mais de 50 minutos. Registrando tempo máximo de espera, em ambos os turnos, de aproximadamente 01 hora para o referido atendimento.

Ao analisar por unidade, notou-se que no período diurno, em torno da metade dos usuários observados no HMS, teve sua espera prolongada para de 30 a 50 minutos. Contudo, a diferença entre os tempos médios de espera por usuário entre as unidades para este turno de atendimento foi de apenas 05 minutos e 33 segundos a mais no HMS. Observando-se ainda uma inversão destes tempos de espera por unidade no período noturno, onde um pouco mais da metade dos usuários observados no HMS aguardava de 10 a 30 minutos, enquanto que na UPA Cabo, praticamente a metade destes aguardava mais de 50 minutos pelo atendimento médico, com uma diferença de 15 minutos e 33 segundos a mais nos tempos médios de espera na UPA Cabo.

Quanto a existência de uma equipe multiprofissional para viabilização do ACCR, apenas na UPA Cabo observou-se a presença desta. Corroborando com o relato de um dos gestores entrevistados, sobre a importância da adequada implantação deste serviço, constituindo-se inclusive enquanto cláusula contratual da unidade junto a SES.

Como é uma condição contratual, inclusive no primeiro ano de UPA uma das metas era a implementação total do acolhimento com classificação de risco. (Entrevistado 02).

Quanto ao tempo de espera para coleta de exames laboratoriais, de uma forma geral, no período diurno, os usuários observados aguardaram de 10 a 30 minutos pela coleta dos exames nas unidades, enquanto que no período noturno esta espera alongou-se para de 30 a 50 minutos. Ao analisar por unidade, os menores e maiores tempos de espera foram registrados durante o período diurno na UPA Cabo, com tempo mínimo de 20 e máximo de 30 minutos.

Já em relação ao tempo de espera para o resultado dos exames, observou-se uma média de tempo de espera acima 01 hora e 40 minutos. Com os menores tempos de espera sendo observados na UPA Cabo, com tempo mínimo de espera de aproximadamente 40 minutos, enquanto que os maiores tempos foram observados no HMS, com mais de 02 horas de espera.

Por fim, nas duas unidades foi observada a garantia da presença do acompanhante, durante toda a estadia dos usuários, principalmente aos localizados nos leitos de observação. Onde na UPA Cabo encontramos, por vezes, até mais de um acompanhante por usuário.

7.2 Percepção da qualidade da assistência

7.2.1 Qualidade do Atendimento e Encaminhamento dos Usuários

De uma forma geral, a qualidade do atendimento foi bem avaliada pelos profissionais e gestores entrevistados. Defendendo o entendimento de que um atendimento ágil, qualificado e humanizado por parte dos profissionais, desde a recepção à emergência, assim como, um correto suprimento de insumos, materiais e equipamentos, está diretamente ligado a qualidade da assistência prestada nas unidades.

Contudo, foram encontradas divergências nas opiniões dos gestores e profissionais, onde, enquanto que na UPA Cabo a maioria dos profissionais e gestores aprovaram a humanização e a ética profissional utilizada pelos colegas de trabalho, no HMS e no entendimento específico dos assistentes sociais, estas receberam conceito regular. Reforçando assim, o entendimento exposto por alguns dos gestores entrevistados quanto à discrepância nas ações de humanização e no comportamento ético dos profissionais entre os serviços públicos e privados de saúde.

Em relação a contribuição dos trabalhadores para a melhoria da qualidade no atendimento, a maioria dos gestores entrevistados destacou a disposição e a dedicação dos profissionais no desempenho de suas atividades, assim como, reforçaram a importância da implantação e implementação de mecanismos de motivação profissional e educação continuada nas unidades.

Agora, são pessoas que estão com muita vontade de trabalhar, e assim, aqui a gente também proporciona educação continuada. (Entrevistado 02).

Entretanto, para outro gestor, é questionável este alto grau de comprometimento e dedicação dos profissionais em sua unidade.

[...] chega também uma urgência, uma emergência que tem que ser atendida de imediato e com toda a dedicação dos profissionais e isto eventualmente não é atendido. (Entrevistado 01).

Percebendo a partir do discurso de um dos entrevistados, que o baixo nível de comprometimento e dedicação supracitado, pode em parte ser atribuído à cultura institucional dos serviços públicos de saúde. Reforçando, desta forma, uma imagem estigmatizada do servidor público, enquanto um profissional descompromissado com o cuidado aos usuários.

Todavia, quanto a preparação dos profissionais para atuação nas emergências, a maioria dos gestores entrevistados relataram algumas deficiências na formação e aquisição de

experiência dos profissionais que atuam nos SUE's, forçando os serviços a desenvolverem estratégias para complementação desta formação e experiência profissional, específicas.

Também percebeu-se uma certa divergência quanto ao tempo de experiência em atuação nos SUE especificamente para os profissionais médicos entre as unidades. Uma vez que segundo o relato dos entrevistados, na UPA Cabo a composição do corpo médico se dá em sua maioria por profissionais em início de carreira e, assim sendo, com pouca experiência profissional. Enquanto que no HMS temos o perfil oposto, com médicos de idade mais avançada e com maior experiência profissional.

Mas voltando a pergunta eu acho que o grande número ainda é o médico com a idade mais avançada, final de carreira, muito tempo no município e no entorno [...]. (Entrevistado 03).

Resumindo é isso, temos muitos profissionais, muitos profissionais recém-formados [...]. (Entrevistado 02).

Outro ponto suscitado no discurso de um dos gestores da UPA Cabo, diz respeito à rotatividade dos profissionais em sua unidade, devido ao perfil supracitado da composição do quadro – em sua maioria – por profissionais em início de carreira.

Entretanto, apesar das dificuldades expostas em relação a força de trabalho nos SUE, um dos gestores do HMS refere existir no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde um comprometimento com a continuidade da assistência prestada aos usuários quanto à integralidade da rede de referência e contra-referência. Trazendo-nos a reflexão da responsabilidade sanitária inerente a cada profissional ou gestor, de promover – em cada caso – a continuidade da linha de cuidado ao usuário, independente da “porta” a qual este tenha adentrado o sistema de saúde.

Por outro lado, já se sente a diferença sim, porque quem trabalha com a consciência que saúde tem de ser feita em rede, já vê um pouquinho de diferença neste sentido, assim, da gente estar mais ligada à atenção básica, para a gente não deixar que este cidadão, ele perca o fio da meada. Que ele venha, mas que ele volte com alguma referência. (Entrevistado 03).

[...] a gente trabalha também pra que, pelo menos a grande maioria tem esta consciência, que tem que ser rede, que tem que estar referenciando e contra referenciando, que o meu colega do hospital do lado ele tem com o que contribuir. (Entrevistado 03).

Outros gestores entrevistados também relataram que com a recente ampliação da oferta de SUE, acompanhada dos instrumentos, como a humanização do atendimento e o ACCR, se faz sentir uma melhoria na qualidade do atendimento prestado pelos profissionais aos usuários.

Então o que é que acontece, pacientes que antes não tinham possibilidade de chegar ao serviço de urgência, hoje estão chegando, e de forma mais precoce. Hoje ele chega, porque esta aí o SAMU socorrendo, ele chega à UPA e é reanimado, começa a ter chances de recuperação pela própria eficiência da classificação de risco que entra e qualifica o atendimento. (Entrevistado 01).

Neste sentido, quanto à adequação da quantidade de profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais, esta obteve uma boa avaliação pelos profissionais e gestores nas duas unidades.

[...] a gente hoje tem uma quantidade de médicos que atende a necessidade. (Entrevistado 03).

Contudo, conforme as constatações dos relatórios de auditoria e inspeção sanitária, no HMS, apesar de oferecer serviço de ortopedia e cirurgia geral em urgência 24 horas, o mesmo não garantia o atendimento médico nestas especialidades todos os dias da semana. E na UPA Cabo, havia divergências identificadas entre as escalas de plantão médica e a listagem nominal de profissionais médicos fornecida.

Da mesma forma, a carga horária do trabalho foi bem avaliada pelos profissionais e gestores. Sendo eleita a melhor condição, na avaliação destes, no HMS e na opinião específica dos gestores, que informaram a existência inclusive de uma flexibilização dos horários, sob a ciência e consentimento da gerência do HMS.

Quanto a quantidade de atendimentos por plantão, metade dos profissionais e gestores avaliou esta condição como boa nas duas unidades pesquisadas, correspondendo por unidade a 47,1% dos profissionais e gestores do HMS e 52,9% destes na UPA Cabo. Contudo, na análise da opinião específica dos médicos, o quantitativo de atendimentos por plantão recebeu o status de quarta pior condição de trabalho. Fato evidenciado também na opinião de um dos gestores entrevistados.

O próprio médico ele fica um pouco mais cansado, porque tem mais paciente por hora pra atender [...]. (Entrevistado 02).

Entretanto, na UPA Cabo o relatório de auditoria corrobora com a boa avaliação geral do quantitativo de atendimentos, através da constatação de que o número de atendimentos médicos em 24 horas se encontrava aquém do preconizado em contrato entre a referida unidade e a SES, conforme a cláusula quinta do primeiro termo aditivo ao contrato de gestão. Colocando em cheque a necessidade, a partir da demanda, de implantação deste equipamento especificamente na localidade onde o mesmo se encontra.

Já em relação ao adequado preenchimento das informações no prontuário, nas duas unidades os dados referentes a identificação dos usuários foram preenchidos em sua totalidade

nos prontuários analisados, seguidos pela história clínica e a hipótese diagnóstica, com 97,2% e 88,9% respectivamente. Estes mesmos resultados também foram observados ao analisar este preenchimento pelos profissionais do HMS, divergindo apenas na frequência do preenchimento da história clínica – também preenchida na totalidade dos prontuários – e da prescrição, que juntamente a hipótese diagnóstica obteve 88,9% de registro nos prontuários. Já na UPA Cabo, além do registro da identificação, a queixa do usuário também foi preenchida em sua totalidade, seguida da história clínica com 94,4% de registro.

Em contrapartida, o registro dos sinais vitais dos usuários foi o pior preenchimento observado nos prontuários das duas unidades, com 63,9% de ausência de registro, com ênfase à UPA Cabo, onde em 72,2% dos prontuários não havia o registro deste item.

No HMS, os antecedentes clínicos, juntamente com a queixa e os sinais vitais, obtiveram respectivamente 61,1% e 55,6% de inexistência de preenchimento nos prontuários. Corroborando com as evidências nos relatórios de auditoria e inspeção sanitária, quanto ao registro sucinto, letra ilegível, ausência do registro da anamnese, exame físico e conduta de enfermagem em diversos prontuários. Além do fato da unidade não possuir comissão interna formalmente instituída para revisão dos prontuários, contrariando a legislação vigente.

Quanto às condições dos equipamentos e insumos, a manutenção dos equipamentos foi a questão com pior avaliação pelos gestores e profissionais das duas unidades. Sendo a quinta pior condição avaliada na opinião específica dos médicos.

A quantidade de materiais disponibilizados pelas unidades foi a quarta pior condição avaliada pelos assistentes sociais. Contudo, na opinião específica dos gestores e profissionais da UPA Cabo, a quantidade de materiais foi eleita a segunda melhor condição. Corroborando com o entendimento do gestor, que apesar das dificuldades no completo recebimento dos materiais e equipamentos junto a SES, este faz uma boa avaliação desta questão.

Mas apesar disso, apesar de achar que faltam algumas coisas, eu faço uma avaliação muito positiva, do que a gente tem. (Entrevistado 02).

Este entendimento, entretanto, vem a contrariar as constatações apontadas pelo relatório de auditoria para UPA Cabo, quanto a disponibilidade de todos os materiais e equipamentos necessários as unidades não hospitalares de atendimento às UE's e ao inadequado armazenamento dos materiais em seu depósito interno.

Já no que concerne ao HMS, a manutenção e disponibilidade dos equipamentos e a quantidade de materiais e insumos foi mal avaliada. Corroborando com o entendimento do gestor quanto aos entraves na manutenção dos suprimentos e equipamentos em quantidade adequada e bom estado de funcionamento.

As constatações contidas nos relatórios de auditoria e de inspeção sanitária também comprovaram a inexistência de um programa de manutenção de materiais e equipamentos no HMS. Apresentando materiais e equipamentos em precárias condições de armazenamento, conservação e funcionamento, assim como, em número insuficiente para o bom funcionamento deste serviço. Destacando a ausência de alguns medicamentos, dentre estes, medicações controladas; de controle biológico na CME; e da utilização de EPIs e EPCs. Do mesmo modo em que se detectou fluxo inadequado para desembarque dos materiais, sendo este o mesmo para o desembarque dos alimentos para a cozinha e para a saída do lixo e dos cadáveres para o necrotério. Contrariando a legislação vigente e limitando a assistência aos usuários, principalmente na UE.

Quanto ao suporte do laboratório, este também obteve uma boa avaliação na opinião geral dos gestores e profissionais das duas unidades, em contraponto, ao suporte do serviço de imagem que obteve um conceito negativo. As únicas divergências na comparação destas avaliações por unidade estavam no fato de que, para os gestores e profissionais do HMS o laboratório obteve um conceito regular, enquanto que para os da UPA Cabo, ambos os serviços receberam boa avaliação.

Somado a isto, as constatações dos relatórios de auditoria e inspeção sanitária no HMS referem a inadequação do serviço de radiologia quanto a sua estrutura física, equipamentos e normatização, com destaque a ausência de monitoramento individual (dosímetros) dos profissionais, do relatório do departamento de energia nuclear, e da sinalização luminosa e avisos de advertência. Já em relação ao laboratório da mesma unidade, as salas aonde funcionavam suas antigas instalações estavam servindo como depósito de materiais, equipamentos e mobiliário, acondicionados de forma inadequada e em precárias condições de higiene e limpeza. Destacando ainda a ocorrência de um incêndio nestas mesmas salas em 2011, permanecendo sem nenhuma benfeitoria desde o referido sinistro.

Verificou-se também indícios de que o procedimento de coleta de sangue dos usuários continua sendo realizado de forma inadequada na antiga sala de coleta desativada. Fato constatado a partir da arrumação dos materiais de coleta e da presença de material com resíduo biológico, descartado inapropriadamente em recipiente de lixo comum. Comprometendo assim a qualidade da assistência prestada, contrariando as legislações vigentes, contribuindo para a possibilidade de aumento da infecção hospitalar e colocando em risco a saúde dos profissionais e usuários.

Quanto a rotina de encaminhamento dos usuários aos outros serviços – tanto na UPA Cabo, quanto no HMS – esta consiste fundamentalmente na referência dos usuários aos

serviços de maior complexidade, através de regulação da transferência junto a central de leitos do estado, com o preenchimento dos dados clínicos na ficha de encaminhamento do usuário.

Contudo, a qualidade do transporte e o suporte ao encaminhamento dos usuários foram endossados como uma das piores condições para os gestores e profissionais entrevistados. Onde, para 82,3% dos profissionais e gestores do HMS, metade dos gestores e a maioria dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais entrevistados nas duas unidades o suporte para encaminhamento dos usuários foi mal avaliado. Ficando atrás apenas da questão da insegurança nas unidades, eleita como a pior dentre todas as dimensões pesquisadas.

Entretanto, para a maioria dos profissionais e gestores da UPA Cabo, a qualidade do transporte dos usuários, assim como, o suporte para o encaminhamento dos usuários foram bem avaliados. Apesar do relatório de auditoria realizado na unidade evidenciar algumas dificuldades na transferência de pacientes graves para unidades de maior complexidade.

Notoriamente os gestores foram do entendimento que a deficiência no quantitativo de leitos de retaguarda, somada a baixa qualidade e quantitativo insuficiente de ambulâncias para viabilização do transporte inter-hospitalar, representam os maiores entraves ao encaminhamento dos usuários e viabilização da integralidade entre os serviços.

Desta forma, a qualidade do transporte termina por configurar-se em uma das principais dificuldades na viabilização da continuidade da assistência aos usuários, principalmente devido à oscilação na disponibilidade do serviço de transporte aos usuários.

O que o pessoal dentro da emergência se queixa é o seguinte, a gente faz uma transferência e muitas vezes a gente não tem aquele transporte, naquele momento para levar o paciente. (Entrevistado 04).

Por fim, quanto a implementação de normas, rotinas, protocolos assistenciais e comissões internas necessárias a boa qualidade dos SUE's, constataram-se divergências entre as unidades, pois enquanto que na UPA Cabo a unidade encontrava-se completamente regular, no HMS não verificou-se a existência de a) normas e rotinas médicas e de enfermagem atualizadas e disponibilizadas, assim como, memorial descritivo das atividades; b) comissões internas formalmente constituídas de controle de infecção hospitalar, ética médica e de enfermagem, verificação de óbitos, infecção hospitalar, prevenção de acidentes, revisão de prontuários e humanização; c) quadros informativos de normas relacionadas à biossegurança, como: EPIs, manuseio, descarte e transporte de material biológico e higienização das mãos, assim como, o mapeamento de risco dos ambientes; d) implantação do PGRSS; e) licença sanitária da farmácia hospitalar e rotina de verificação de validade dos insumos; e f) plano para situações de emergência, como falta de energia e água.

7.2.2 Proposta para Qualificação do Atendimento

Tomando como ponto de partida o discurso dos gestores entrevistados quanto as propostas para qualificação do atendimento de urgência nas unidades, estes demonstraram disposição no desenvolvimento das ações com vistas à qualificação do atendimento nas unidades pesquisadas, ao mesmo tempo, apontaram os entraves à execução e manutenção destas ações para a melhoria da qualidade dos SUE.

Esta política de atendimento de urgência é sem dúvida louvável e no SUS é um ganho. Só que ela gera conflitos na medida em que você amplia a porta de acesso à emergência e você não tem retaguarda. (Entrevistado 01)

Para os gestores entrevistados, apesar de algumas ações pontuais, não há claramente uma definição ou planejamento, macro ou micro político, por parte das secretarias de saúde para implantação de todas as diretrizes preconizadas pela PNAU. Permanecendo estas atividades, em geral, centradas no bom senso e na inata liderança e poder articuladores de cada profissional ou gestor.

Mas assim, se é que eu estou entendendo bem, na questão dos princípios do SUS do que já está estabelecido como proposta para qualidade do atendimento a gente não tem isso muito da secretaria [...]. (Entrevistado 02, grifo nosso).

Na verdade a gente não tem assim essa retaguarda da secretaria, eles até tem alguns treinamentos para o pessoal deles, mas em relação a campanhas específicas a gente participa (dengue, meningite), mas pontuais na área da assistência, a gente está inserido nisso. (Entrevistado 02, grifo nosso).

Retratando ainda que, para além da necessidade de um acompanhamento mais eficaz por parte das secretarias municipal e estadual de saúde, por vezes, a implantação dos mecanismos de melhoria da qualidade, ocorre de forma verticalizada, seja em virtude de uma condição contratual, seja enquanto uma ação imediatista da própria secretaria, sem que exista uma prévia articulação com os gestores para o levantamento das necessidades e planejamento das ações.

Interferindo desta forma diretamente na manutenção das ações e, conseqüentemente, na resolutividade da assistência prestada. Permanecendo esta fundamentalmente pautada na “queixa-conduta” – gerando um elevado quantitativo de consultas de urgência para um mesmo usuário, com excessiva medicalização – e em metas de produção previamente pactuadas entre os gestores, mas sem considerar a cotidiana desorganização na demanda dos usuários aos SUE’s. Fato que conforme a entendimento particular de um dos gestores entrevistados, contribui para perpetuação de uma proposta assistencialista em muito centrada

nas redes informais de apoio para viabilização desta aparente qualidade e resolutividade dos SUE.

Daí que diante destas barreiras expostas, um dos gestores traz à luz da discussão a proposta de consolidação de outros formatos institucionais de gestão dos serviços públicos. Defendendo a proposta de que a contratualização da administração destes serviços com os diversos tipos de organizações do chamado terceiro setor, com a prévia pactuação das metas de produção e qualidade, pode configurar-se em uma das alternativas às adversidades históricas dos modelos gerenciais da administração direta, uma vez que, deixando de lado os posicionamentos ideológicos, não há nada que indique qualidade e compromissos maiores para os órgãos da administração direta. Pelo contrário, cotidianamente observam-se várias situações em que estas assumem um baixo índice de eficiência, eficácia e efetividade, além de serem mais facilmente reféns de manobras político-partidárias, do clientelismo e do favoritismo. Por outro lado, a aposta no modelo jurídico de organizações privadas de utilidade pública também não está inteiramente livre das vicissitudes das supracitadas manobras.

Corroborando com Paim e Teixeira (2007), no entendimento de que, em ambos os casos, pode-se estabelecer as regras do jogo, mas estas não garantem os resultados. Uma vez que, na constante coalisão de forças político-ideológicas, cada uma das propostas pode se apresentar como a mais progressista. Contudo, na ocorrência de omissão, descaso ou desmantelamento da proposta escolhida, esta pode resultar no fortalecimento de projetos políticos neoliberais, tecnocráticos e corporativos.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Na escolha de variáveis foi tomado inicialmente o cuidado de se selecionar indicadores representativos, confiáveis e válidos. Mesmo assim, apesar das amostras dos gestores e profissionais de saúde de nível superior terem inicialmente sido dimensionadas para conferir representatividade estatística, não se configurou dentro dos objetivos deste estudo traçar análises ou comparações puramente quantitativas. E sim de somar estas às análises qualitativas, com vistas ao empoderamento das discussões sobre os resultados.

Na fase da coleta de dados em campo, eventos imprevisíveis trouxeram adversidades a coleta dos dados no HMS. Uma vez que a unidade acabara de iniciar uma reforma estrutural, o que acarretou em uma drástica redução no volume de atendimento para os profissionais de saúde, devido as restrições no atendimento aos usuários. Podendo assim atribuir viéses a algumas das avaliações traçadas pelos profissionais, quanto ao quantitativo de atendimentos e às condições de trabalho, por exemplo.

Por fim, a avaliação do serviço de radiologia nas duas unidades pesquisadas também foi parcialmente inviabilizada devido a desativação deste, no período da coleta dos dados. Estando expressadas neste estudo as avaliações do referido serviço a partir da memória dos profissionais e gestores relatada sobre sua qualidade antes do supracitado evento, assim como, das não conformidades constatadas nos relatórios de auditoria e inspeção sanitária, quando existentes.

REFERÊNCIAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 1. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004. (Serie B, Textos básicos em Saúde).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA À SAÚDE (Brasil). **RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RES_50.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2013.

_____. **RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002**. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RES_307.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2013.

_____. **RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmg.saude.mg.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html>. Acesso em: 22 jun. 2013.

_____. **RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/pdf/180809_rdc_44.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2013.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA NORMAS TÉCNICAS. **NBR nº 9050/2004**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <www.lagoasanta.mg.gov.br/index.php?> Acesso em: 22 jun. 2013.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 929-934, 2007.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 7, p. 401-412, 2002.

BORGES, L. O. et al. Comprometimento no trabalho e sua sustentação na cultura e no contexto organizacional. **RAE-eletrônica**, São Paulo, n. 1, v. 3, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=1878&Secao=ORGANIZA&Volume=3&Numero=1&Ano=2004>>. Acesso em: 20 maio 2013.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [República Federativa do Brasil]** Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acesso em: 4 jun. 2013.

_____. **Lei nº 5.296, de 2 de dezembro de 2000**. Brasília, DF, 2000a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 22 jun. 2013.

_____. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Brasília, DF, 2000b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110098.htm>. Acesso em: 22 jun. 2013.

_____. **NR/MTE nº 32, de 16 de novembro de 2005**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://www.bd.com/resource.aspx?IDX=6328>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 2616, de 15 de maio de 1998.** Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8c6cac8047457a6886d6d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+2.616,+DE+12+DE+MAIO+DE+1998.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002.** Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 1864, de 29 de setembro de 2003.** Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2003b. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.072, de 30 de outubro de 2003.** Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2003c. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.828, de 2 de setembro de 2004.** Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.420, de 9 de novembro de 2004.** Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004.** Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais Samu – 192. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 2468, de 13 de outubro de 2006.** Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2468.htm>>. Acesso em: 15 maio 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Brasília, DF, 2006b. Disponível: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006.** Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007.** Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 1020, de 13 de maio de 2009.** Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 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). Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.601, de 07 de julho de 2011.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.026, de 24 de agosto de 2011.** Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.338, de 03 de outubro de 2011.** Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011.** Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011e. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.648, de 07 de novembro de 2011.** Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2011f. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.820, de 28 de novembro de 2011.** Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2011g. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.821, de 28 de novembro de 2011.** Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2011h. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012.** Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de

Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 505, de 29 de maio de 2012.** Brasília, DF, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0505_29_05_2012.html. Acesso em: 22 maio 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.171, de 05 de junho de 2012.** Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.663, de 06 de agosto de 2012.** Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Brasília, DF, 2012d. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

_____. **Resolução nº 196, de 16 de outubro de 1996.** Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista>>. Acesso em: 12 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010.

_____. **QualiSUS: Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências.** Brasília, DF, 2006. (A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0113_M.pdf>. Acesso em: 12 maio 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma, repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Avaliação: do monólogo ao diálogo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 15, v. 2, p. 257-258, 1999.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006. p. 149-182.

CASTRO, D. P. **Análise de implantação do componente municipal do sistema nacional de auditoria do SUS: proposta de um instrumento de avaliação.** 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2004.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **CEBES condena o loteamento político de cargos na saúde.** Londrina, 2007.

CECCIM, R. B. Onde se lê: recursos humanos em saúde, leia-se: coletivos organizados de produção em saúde. Desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: Cepesc, UERJ: Abrasco, 2005, p. 161-180.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a Montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: Abrasco, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução nº 191, de 31 de maio de 1996**. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1911996-revogou-resoluo-cofen-1751994_4250.html>. Acesso em: 5 jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução nº 1.451**. Brasília, DF, 1995. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 5 jun. 2013.

_____. **Resolução nº 1.931**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122>. Acesso em: 5 jun. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec, 1999.

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

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal American Medical Association**, Boston, n. 5, p. 260-275, 1989.

DUBEUX, L. S. et al. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 8, p. 1508-1518, 2010.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, n. 4, v. 14, p. 517-525, 2006.

FARIAS, S. F. et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 16, supl. 1, p. 1043-1053, 2011.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FLICK, U. **An introduction to qualitative research**. Illinois: SAGE, 2009.

- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-53, 1999.
- FRANCO, T. B.; PANIZZI, M.; FOSQUIERA, M. O Acolher Chapecó e a Mudança do Processo de Trabalho na Rede Básica de Saúde. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 01-05, mar. 2004.
- GIUNTA, A. P. N.; LACERDA, R. A. Inspeção dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar dos Serviços de Saúde pela Vigilância Sanitária: diagnóstico de situação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 64-70, 2006.
- GUSMÃO-FILHO, F. A. R. **Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus – em três hospitais do município do Recife**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.
- GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.
- HELDER, R. R. **Como fazer análise documental**. Porto: Universidade de Algarve, 2006.
- HILL, M. M.; HILL, A. B. **A construção de um questionário**. Lisboa: Dinâmica; 1998.
- HOPKINS, A. Approaches to medical audit. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 45, p. 1-3, 1991.
- LABBADIA, L. L.; ADAMI, N. P. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 55-62, 2004.
- LIMA, J. C. F. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 a 2000: na contramão da história? In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=160>>. Acesso em: 12 maio 2012.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MACIEL-LIMA, S. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 502-511, mar.-abr. 2004.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, São Paulo, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.
- MENDES, A. C. G. **Avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência: uma abordagem por triangulação de métodos**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de Gestão: Tendências e Debates do Planejamento em Saúde no Brasil. In: GALLO, E. **Razão e Planejamento**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 117-149.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

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

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

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

PAIN, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Building standard: based nursing information systems**. Washington, DC: PAHO, 2001. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=3Dx4KoOJXpQC&oi=fnd&pg=PP8&dq=PAN+AMERICAN+HEALTH+ORGANIZATION.+Building+standard:+based+nursing+information+systems.+Washington,+DC:+PAHO,+2001.&ots=Op-CUHvZYG&sig=BpXxtHI0MdNhW8OEqb4JMA0M6qA>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

RAMOS, M. Integralidade na Atenção e na Formação dos Sujeitos: desafio para a educação profissional em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ: ABRASCO, 2005. p. 161-180.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da Procura de Atendimento de Urgência Pelos Usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, UFMG, Belo Horizonte, 2005.

SCARAZATTI, G. Ferramentas de gestão para serviços de urgência e emergência. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Estratégia de Continuidade e Expansão das Atividades do Qualisus**. Recife, 2005. p. 84-92.

SÁ-SILVA, J. R. et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, São Leopoldo, v. 1, p. 1-15, 2009.

SANTOS, J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, 2003.

SANTOS JÚNIOR, E. A. **Violência no trabalho: o retrato da situação dos médicos das Unidades de Pronto Atendimento da Prefeitura de Belo Horizonte**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, 2004.

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

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

VILLAS-BÔAS, M. E. Bioética e direito: aspectos da interface. Desafios e perspectivas de um chamado biodireito. **Revista Bioethikos**, São Camilo, v. 6, n. 1, p. 89-100, 2012.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v. 3, p. 17-21, 1991.

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

WAN, T. H.; FERRARO, K. F. Assessing the Impacts of Community Based Health Care Policies and Programs for Older Adults. **Journal of Applied Gerontology**, Illinois, v. 10, n. 1, p. 35-52, 1991.

APÊNDICE A – Análise do entendimento dos profissionais e gestores¹⁰

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO
MUNICÍPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO QUANTO AO PERFIL E A
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES EM RELAÇÃO AOS
SERVIÇOS PRESTADOS E SUA RELAÇÃO COM A POLÍTICA DE
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE.**

I- CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL OU GESTOR

Sexo: () F () M

Ano de nascimento: _____

Estado Civil:

() Casado

() Solteiro

() Viúvo

() Separado

Ano de Formatura: _____ **Universidade:** _____

Especialização:

() Residência ou Especialização

() Mestrado ou Doutorado

() Nenhuma

Que tipo de vínculo possui com a unidade?

() Contrato Temporário

() Estatutário Estadual

() Estatutário Federal

() CLT

() Estatutário Municipal

() Cargo Comissionado

SE PROFISSIONAL: A lotação no hospital foi por opção sua? () SIM () NÃO

Há quanto tempo trabalha nesta unidade de saúde? _____

Qual é o turno/regime semanal de trabalho?

() 2 plantões de 12 horas

() 12h / 60 h

() Diarista 20 horas

() 1 plantão de 24 horas

() Diarista 30 horas

() Outro _____

() Diarista 40 horas

Trabalha em outra unidade de saúde? () Sim () Não

É uma unidade pública ou privada? () Pública () Privada

Em que tipo de unidade?

() PSF

() Ambulatório

() Universidade

() Emergência

() Hospital

() Laboratório de Pesquisa

() Gestão

() Outro _____

Se for possível, gostaríamos de saber sua renda total estimada: (RESPOSTA OPCIONAL)

() Até R\$2.000,00

() Entre R\$4.000,00 e R\$6.000,00

() Entre R\$2.000,00 e R\$4.000,00

() Entre R\$6.000,00 e R\$ 10.000,00

() Acima de R\$ 10.000,00

() Não quero responder

¹⁰ Adaptado de Mendes, 2009.

II – AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Como você avalia as questões abaixo:

QUESTÕES	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
1. Conforto e adequação das instalações físicas;					
2. Limpeza das salas e ambientes da unidade;					
3. Disponibilidade dos equipamentos necessários para o desenvolvimento do trabalho;					
4. Manutenção dos equipamentos;					
5. Quantidade de materiais para desenvolver as atividades (medicamentos, descartáveis etc);					
6. Condições do repouso oferecido pela unidade para os profissionais;					
7. Qualidade da refeição oferecida;					
8. Organização do ambiente;					
9. Fluxos internos de atendimento aos usuários;					
10. Humanização e acolhimento aos usuários;					
11. Qualidade do atendimento prestado;					
12. Resolutividade e eficácia da assistência prestada;					
13. Comportamento dos profissionais diante dos pacientes;					
14. Quantidade de médicos no serviço;					
15. Quantidade de enfermeiros no serviço;					
16. Quantidade de assistentes sociais no serviço;					
17. Quantidade de pessoal auxiliar no serviço (incluindo todos os profissionais de nível médio de escolaridade);					
18. Número de atendimentos por plantão;					
19. Carga horária do turno de trabalho;					
20. Segurança oferecida pela unidade;					
21. Suporte do serviço de laboratório;					
22. Suporte do serviço de imagem;					
23. Suporte para o encaminhamento dos usuários (inclusive de contra-referência);					
24. Qualidade do serviço de transporte dos usuários (ambulância);					

APÊNDICE B – Roteiro de observação sistemática¹¹

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO QUANTO ÀS CONDIÇÕES OFERECIDAS E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO.

Marcar um X de acordo com a resposta:

OBSERVAÇÕES GERAIS	SIM	NÃO
<p>1. <u>Os ambientes do hospital são bem sinalizados:</u></p> <p>(Considerar Sim se os setores da unidade estiverem indicados por placas ou sinais de fácil visualização e compreensão)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. <u>Os ambientes do hospital são confortáveis:</u></p> <p>(Considerar Sim se os setores da unidade estiverem climatizados, bem iluminados e os mobiliários promoverem conforto para os profissionais e usuários. Observar e, se necessário, perguntar a algum usuário e profissional.)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. <u>Há divulgação no hospital sobre as especialidades oferecidas:</u></p> <p>(Considerar Sim se houver placas visíveis com indicação de todas as especialidades disponíveis na unidade, na recepção em áreas de fácil visualização.)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. <u>Existem acomodações em número suficiente para os usuários:</u></p> <p>(Considerar Sim se os usuários puderem permanecer sentados, ou seja, se houver cadeira e espaço para eles. Observar e, se necessário, perguntar a algum usuário.)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. <u>Existem acomodações para acompanhantes:</u></p> <p>(Considerar Sim se os acompanhantes puderem permanecer sentados, ou seja, se houver cadeira e espaço para eles. Observar e, se necessário, perguntar a algum acompanhante.)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. <u>Há limpeza imediata na presença de vômito, sangue, urina, água ou outros resíduos no ambiente:</u></p> <p>(Observar acidentes de contaminação do ambiente e se há limpeza do ambiente logo após o ocorrido. Considerar o intervalo de 15 minutos para limpeza das secreções expostas.)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marcar o tempo decorrido de acordo com as solicitações dos itens a seguir:

¹¹ Adaptado de Mendes, 2009.

MENSURAÇÃO DOS TEMPOS DE ESPERA	Usuário	
	Hora	Min
1. Tempo de espera da chegada do paciente até seu atendimento pelo serviço de acolhimento da unidade.		
2. Tempo de espera da entrada do paciente até ser atendido pelo médico.		
3. Tempo de espera para realizar exames de imagens (iniciar a mensuração a partir da hora registrada na solicitação do exame, até a hora de entrada na sala para realizar o exame)	Usuário	
	Hora	Min
Raio X		
4. Laboratório - sangue e urina (iniciar a mensuração a partir da hora registrada na solicitação do exame, até a coleta e até a entrega do resultado)	Usuário	
	Hora	Min
Tempo entre solicitação e coleta.		
Tempo entre solicitação e entrega.		

APÊNDICE C – Roteiro de observação sistemática II¹²

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO QUANTO ÀS CONDIÇÕES OFERECIDAS E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO.

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA				
Existência de equipe de acolhimento. Se sim, quantos e quais são os profissionais que fazem parte?	Diurno		Noturno	
	Sim	Não	Sim	Não
Profissional	Médicos	Enfermeiros	Assistentes Sociais	Profissionais de Nível Médio
Número				
É realizada a classificação de risco do usuário?	Diurno		Noturno	
	Sim	Não	Sim	Não
Se sim, qual o profissional responsável pela classificação de risco?				
A classificação determina graus de risco? Quais?				
Os graus de risco são sinalizados por cores ou outra sinalização?				
A unidade está organizada em espaços distintos de acordo com o grau de risco?				
O grau de risco determina um tempo máximo de espera para atendimento? Quais?				
Existe uma incorporação tecnológica nos espaços de acordo com o grau de risco?				
Os pacientes de baixo risco são atendidos na unidade ou encaminhado a outro serviço?				
Qual a rotina de encaminhamento dos pacientes para outros serviços?	Ficha de encaminhamento	Central de Regulação	Telefone/Verbal	
O que o hospital utiliza para informar aos usuários sobre o tempo de espera para o atendimento?	Placa com o tempo médio	Informação verbal	Não informa	

¹² Adaptado de Mendes, 2009.

APÊNDICE D – Termo de consentimento dos profissionais e gestores

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA “Avaliação da Assistência em Urgência e Emergência: um Estudo de Caso no Município do Cabo de Santo Agostinho”.

Prezado Profissional de Saúde ou Gestor:

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade do atendimento de urgência/emergência quanto à observação dos pontos críticos da unidade, adequação das instalações físicas, equipamentos, recursos materiais e humanos e a percepção dos profissionais e gestores em relação à qualidade dos serviços prestados em urgência e emergência no município do Cabo de Santo Agostinho, realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, com aprovação das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

Participando, você contribuirá para a análise da compreensão dos profissionais de saúde quanto ao seu trabalho e elucidação de obstáculos à qualificação do serviço prestado nas urgências/emergências, e ainda, com a formulação de propostas de aprimoramento do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher um questionário e (no caso de gestor) conceder uma entrevista ao pesquisador que lhe indagará sobre o seu entendimento sobre o trabalho na urgência/emergência e sua avaliação quanto às condições oferecidas pela unidade de saúde para o bom atendimento à população.

É IMPORTANTE SABER QUE:

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Sua recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;
- Ao participar desta pesquisa não existe nenhum risco no sentido de prejudicar o seu trabalho nesta unidade de saúde;
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação e opiniões.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato do Coordenador da Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Cabo de Santo Agostinho, _____ de fevereiro de 2013.

Romero Nogueira de Souza Mendes

Pesquisador Responsável

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

Cabo de Santo Agostinho, / /2013. .

Assinatura do Profissional ou Gestor Entrevistado

APÊNDICE E – Análise documental¹³

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO QUANTO À ANÁLISE DOCUMENTAL.

Data:	Turno:	Pesquisador:
--------------	---------------	---------------------

I. PRONTUÁRIOS

Marcar com um X o preenchimento ou não dos itens abaixo relacionados no prontuário, sem a análise de qualidade do preenchimento:

ANÁLISE DOCUMENTAL	<i>Prontuário 1</i>		<i>Prontuário 2</i>		<i>Prontuário 3</i>	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Identificação do paciente						
2. Queixa						
3. Antecedentes Clínicos						
4. Sinais Vitais						
5. Conduta de Enfermagem						
6. História Clínica						
7. Exame físico						
8. Hipótese diagnóstica						
9. Exames solicitados						
10. Prescrição						

¹³ Adaptado de Mendes, 2009.

II. ESCALAS DOS PROFISSIONAIS

Anotar os quantitativos a partir da padronização da unidade e das escalas dos profissionais e relatórios de auditoria ou inspeção sanitária (quando existentes):

ESPECIALIDADES	QUANTITATIVO PADRÃO	QUANTITATIVO EXISTENTE	NECESSIDADE GERAL
Clínicos			
Pediatras			
Traumato- Ortopedistas			
Cirurgiões			
Assistentes Sociais			
Enfermeiros			
Técnicos de Enfermagem			
Auxiliares de Serviços Gerais			
TOTAL GERAL			

ANEXO A – Roteiro de entrevista com os gestores¹⁴**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO QUANTO PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A QUALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.****ENTREVISTA COM OS GESTORES DOS HOSPITAIS****ROTEIRO DA ENTREVISTA:****Contribuição dos trabalhadores para qualificação do atendimento de urgência.**

Dedicação ao trabalho.

Formação adequada.

Experiência em urgência.

Avaliação que os diretores têm sobre a qualidade da assistência.

Como avaliam o hospital.

O que é melhor avaliado.

Condições de trabalho para qualificação.

O hospital oferece condições adequadas para o bom atendimento.

Necessidades, em termos das condições de trabalho, para melhoria da qualidade da assistência de urgência.

Existência de uma política de qualificação para o atendimento de urgência.

Qual proposta desenvolvida no hospital.

Apoio político da Secretaria de Saúde para o seu desenvolvimento.

Proposta de qualificação do atendimento de urgência da Secretaria de Saúde ou Ministério da Saúde.

Se existiu.

A opinião sobre esta(s) política(s).

Pontos básicos de uma política de melhoria da qualidade da assistência.

Conteúdo.

Condições da equipe gerencial para o desenvolvimento de uma proposta.

Capacitação.

Experiência.

Disponibilidade.

¹⁴ Mendes, 2009.

ANEXO B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



Título do Projeto: “Avaliação da Assistência em Urgência e Emergência: um Estudo de Caso no Município do Cabo de Santo Agostinho”.

Pesquisador responsável: Romero Nogueira de Souza Mendes.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/FIOCRUZ

Data de apresentação ao CEP: 12/12/12

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 01/13

Registro no CAAE: 11486812.0.0000.5190

PARECER Nº 08/2013

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.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 06 de março de 2016. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 06 de março de 2013.

Coordenadora do CEP/CPqAM

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 06/03/2014.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



ANEXO C – Carta às unidades

Prezado(a) Diretor(a)

Venho por meio desta, *mui respeitosamente*, informar que esta unidade de saúde provavelmente fará parte de uma pesquisa, desenvolvida pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, intitulada “**Avaliação da Assistência em Urgência e Emergência: um Estudo de Caso no Município do Cabo de Santo Agostinho**”.

A referida pesquisa terá por objetivo avaliar a qualidade do atendimento das urgências /emergências em relação às condições oferecidas para a garantia dos direitos e satisfação dos usuários, bem como ao entendimento dos profissionais e gestores das unidades quanto à qualidade dos serviços prestados e sua relação com a política de qualificação da atenção à saúde.

Esta carta tem a finalidade de informar sobre a futura realização da referida pesquisa e solicitar vosso deferimento ao respectivo pleito. Para tanto, pretendemos realizar um teste de validação da ferramenta de coleta de dados em campo (questionário estruturado). Informamos ainda que as entrevistas serão realizadas pelo próprio pesquisador.

Esperamos que esta pesquisa contribua para a compreensão da satisfação dos usuários, como também do entendimento dos profissionais de saúde quanto ao seu trabalho e elucidação de obstáculos à qualificação do serviço prestado nas urgências/emergências no município do Cabo de Santo Agostinho, e ainda, contribuir com a formulação de propostas de aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

Finalmente, os resultados servirão apenas para uso no meio científico e aprimoramento dos serviços, sendo mantido o sigilo da identificação tanto dos usuários pesquisados quanto dos profissionais e gestores.

Cabo de Santo Agostinho, março de 2013.

Cordialmente,

Romero Nogueira de Souza Mendes

Pesquisador

ANEXO D – Carta aos Profissionais

Prezado(a) _____

Esta unidade de saúde está fazendo parte de uma pesquisa, desenvolvida pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, intitulada “**Avaliação da Assistência em Urgência e Emergência: um Estudo de Caso no Município do Cabo de Santo Agostinho**”, sendo realizada no Hospital Mendo Sampaio e na Unidade de Pronto-Atendimento do Cabo de Santo Agostinho.

A referida pesquisa tem o objetivo de avaliar a qualidade do atendimento das urgências /emergências nestas unidades de saúde em relação às condições oferecidas para a garantia dos direitos e acolhimento aos usuários, bem como ao entendimento dos profissionais e gestores das unidades quanto à qualidade dos serviços prestados e sua relação com a política de qualificação da atenção à saúde.

Esta carta tem a finalidade de informar sobre a realização da referida pesquisa e solicitar a sua participação, caso sejam sorteados. Informamos ainda que as entrevistas serão realizadas pelo próprio pesquisador.

Esperamos que esta pesquisa contribua para a compreensão da satisfação dos usuários, como também dos profissionais de saúde quanto ao seu trabalho e elucidação de obstáculos à qualificação do serviço prestado nas urgências/emergências destas unidades, e ainda, contribuir com a formulação de propostas de aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

Informamos ainda, que a pesquisa já foi aprovada pelo Comitê de Ética do CPqAM/FIOCRUZ e autorizada pelos Secretários Estadual e Municipal de Saúde e pelo Diretor desta Unidade.

Finalmente, os resultados servirão apenas para uso no meio científico e aprimoramento dos serviços, sendo mantido o sigilo da identificação tanto dos usuários pesquisados quanto dos profissionais.

Cabo de Santo Agostinho, março de 2013.

Cordialmente,

Romero Nogueira de Souza Mendes

Pesquisador