

**“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
DO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO
DO CENTRO DE SAÚDE BOM JESUS
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PORTO ALEGRE”**

Álvaro Kniestedt

Fundação Oswaldo Cruz/GHC

Projeto de Pesquisa em Saúde

**“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
DO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO
DO CENTRO DE SAÚDE BOM JESUS
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PORTO ALEGRE”**

Orientador:

Prof. Dr. José Maurício de Oliveira

Aluno:

Álvaro Kniestedt

Setembro/2005

Este Projeto de Pesquisa está inserido no Programa de Avaliação da Atenção em Saúde, que foi estabelecido em 2004, pela Coordenação de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, e que tem como objetivo avaliar o desempenho dos Serviços da rede municipal, em especial a área de Urgência e Emergência, tendo como princípios norteadores as Portarias Ministeriais GM 1.863, de 29 de setembro de 2003, 1.864 de 29 de setembro de 2003, 2.072, de 30 de outubro de 2003 e 2.048, de 5 de novembro de 2002, que tratam da Política Nacional de Atenção às Urgências.

O Projeto aqui apresentado, juntamente com o Projeto intitulado “AVALIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE DO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DO CENTRO DE SAÚDE LOMBA DO PINHEIRO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE”, de autoria de Heloisa Helena Rousselet de Alencar, representam a primeira etapa deste Programa de Avaliação, devendo ser aplicados posteriormente nos demais Serviço de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade do Serviço de Pronto Atendimento do Centro de Saúde Bom Jesus, através de um processo participativo, que leve em conta os saberes e experiências dos diversos atores envolvidos: gestores, trabalhadores e usuários.

Esta Unidade de Saúde faz parte do denominado componente pré-hospitalar fixo do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências.

A abordagem propõe a elaboração de um instrumento de avaliação que considere as ações desenvolvidas, os resultados obtidos e as fragilidades identificadas no cotidiano do trabalho, permitindo uma análise subjetiva pelas equipes envolvidas.

O estudo da qualidade assistencial dessas unidades será realizado tomando como ponto de partida as portarias do Ministério da Saúde que definem as atribuições desse tipo de unidade.

1. APRESENTAÇÃO

O presente trabalho visa avaliar a qualidade da atenção em saúde oferecida pelo Serviço de Pronto Atendimento do Centro de Saúde Bom Jesus. Este Centro de Saúde foi instalado em 1996, contando desde sua implantação com Serviço de Pronto Atendimento ambulatorial médico e de enfermagem nas 24 horas, bem como serviço de apoio diagnóstico. O Serviço de Pronto Atendimento conta com equipe de profissionais constituída de Médico Clínico, Pediatra e Radiologista, Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem, Assistente Social, Farmacêutico/Bioquímico e equipe administrativa. Sua média de atendimento é de 9.000 consultas médicas por mês. (Secretaria Municipal de Saúde, 2004).

De acordo com o que está previsto em Portaria Ministerial, os Serviços de Pronto Atendimento estão inseridos no conceito da Política Nacional de Atenção às Urgências como Atendimento Pré-hospitalar Fixo.

Meu interesse por este tema está vinculado com a minha trajetória profissional. Sou Engenheiro Clínico e, nos últimos anos, estive envolvido com o sistema de atenção às urgências no município de Porto Alegre, como dirigente de um dos maiores hospitais da cidade voltado na sua totalidade ao atendimento do trauma, o Hospital de Pronto Socorro da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

De 2000 a 2004 participei, como representante do Hospital, no Fórum de Serviços da Secretaria Municipal de Saúde, que tinha como objetivo a discussão e propostas de solução para os estrangulamentos no atendimento à saúde do cidadão. As discussões tornaram clara a necessidade de atendimento em rede, o que de alguma forma já é estabelecido na Política Nacional de Saúde. As Unidades, dentro de sua capacidade, tem um papel a desempenhar no sistema, que, se adequadamente realizado, produz a eficiência que o sistema busca.

A Portaria Ministerial que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência aprova também em seu Anexo, a habilitação e as características que devem ter as Unidades Não-hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, descrevendo sua forma de funcionamento, suas atribuições, dimensionamento e organização assistencial, o dimensionamento de recursos humanos, sua área física, os materiais e equipamentos que necessariamente devem fazer parte do arsenal da unidade, a lista de medicamentos que devem estar à disposição e a estruturação da grade de referência para

garantia de sua retaguarda nas transferências dos casos de complexidade que estejam além de sua capacidade de atendimento.

Na medida em que a Portaria indica uma estrutura mínima indispensável, fica claro que essas unidades devem oferecer um elenco de procedimentos à população em sua região de abrangência. Nesta questão é estabelecido que as Unidades devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao Primeiro Nível de Assistência da Média Complexidade (M1), o que remete ao Anexo III da Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS 01/2002 – NOAS-SUS 01/02.

Estando definido o papel das Unidades Não-hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências na Política Nacional de Atenção às Urgências, suas características do ponto de vista de estrutura física, de materiais, equipamentos e recursos humanos, é esperado que essas unidades apresentem um determinado produto. Esse produto deve contribuir para a ordenação do atendimento às Urgências e Emergências, garantindo o acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em Porto Alegre existem quatro unidades não-hospitalares de atendimento às Urgências e Emergências, que foram instaladas antes da publicação da Portaria 2048 e que, em muitos aspectos, não correspondem ao papel proposto no Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências. O presente projeto pretende analisar um destes quatro serviços.

Frente ao colocado é estratégica a avaliação dos resultados da Unidade. É tradicional a tabulação de resultados de produção dos serviços, mas estas informações têm o viés de prestação de contas, relacionando resultados numéricos de produção com os recursos disponibilizados.

Este trabalho pretende apontar uma outra maneira de tratar esta questão. A avaliação de que trata este estudo, propõe uma metodologia participativa, como forma de estimular a capacidade de problematizar a realidade dos serviços e sua responsabilidade no sistema. Essa metodologia deverá ser pactuada com o Gestor, os trabalhadores e os usuários.

2.0 MOTIVO

A organização dos sistemas municipais de atenção às Urgências e Emergências é um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), definido como prioridade pelo Ministério da Saúde, conforme explicita a Portaria 2048, de 5 de novembro de 2002, e as Portarias 1863 e 1864, de 29 de setembro de 2003 e 2072, de 30 de outubro de 2003, que foram editadas em seguimento.

Em Porto Alegre, os serviços de Urgência e Emergência são importantes portas de entrada do sistema de saúde, convivendo permanentemente com sobrecarga de demandas, o que, conseqüentemente, gera insatisfação, tanto por parte dos trabalhadores e prestadores de serviço, como, principalmente, dos usuários.

No ano de 2004, em levantamento realizado junto às quatro unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde (Porto Alegre, 2004), foi constatado que não havia um padrão assistencial estabelecido para estes serviços, e que os mesmos ainda não se haviam adequado às condições propostas pela Portaria GM/MS nº 2048.

Neste trabalho verificou-se, em primeiro lugar, que as informações geradas não eram organizadas nem sistematizadas. Cumprindo a função de relatórios administrativos de produtividade na sua grande maioria.

Os serviços não comungam conceitos de resolutividade, equidade e acolhimento. Não compartilham protocolos técnicos e de fluxos da demanda, bem como não utilizam indicadores para avaliar o seu próprio trabalho.

O processo de descentralização do SUS tem se concretizado através da municipalização da rede de serviços de saúde, pelo que, os municípios têm, paulatinamente, assumido a responsabilidade de prestar diretamente a assistência à saúde da população.

Este processo inaugurou, com força, as redes de serviços de saúde sob gestão municipal, instaurando, ao mesmo tempo, a tarefa de gestão da saúde na esfera dos governos municipais. Foi necessário, e ainda o é, de fato, capacitar os gestores municipais e suas equipes para o desempenho desse novo papel.

O processo de descentralização, portanto, vem ganhando espaço, e a participação crescente e definitiva dos gestores municipais no enfrentamento dos principais problemas de saúde da população, construindo e aprimorando os diversos programas e ações estratégicas desenvolvidas, é inegável.

No entanto, no âmbito da Gestão, ainda são insuficientes os instrumentos disponíveis. Os sistemas de informação são, muitas vezes mais voltados aos controles financeiros e menos adequados para medir o impacto das ações desenvolvidas.

Os repasses de recursos estão firmados e pactuados objetivando o alcance de metas, que não são adequadamente monitoradas e avaliadas. O processo de aferição das metas e repactuação acaba por se transformar num procedimento burocrático, que não cumpre a função de qualificar o planejamento das ações para a solução de problemas e melhoria de resultados.

Os sistemas de informação epidemiológicos, quase sempre de base quantitativa, têm permitido identificar o comportamento das doenças, medir o impacto dos programas e ações desenvolvidas, mas muito pouco tem contribuído para qualificar o processo de planejamento em saúde. Da mesma forma, os relatórios e sistemas de informações gerenciais pouco interferem na análise que se possa fazer para a inclusão de novas estratégias e aportes tecnológicos na atenção à saúde da população.

Ainda que a atenção às urgências e emergências tenha sido estabelecida como prioridade pelo Ministério da Saúde, também nas proposições de organização dessa rede não há formulação de ferramenta de análise da resolutividade dos serviços. A Portaria que trata do tema não propõe uma metodologia de avaliação.

É necessário desenvolver processos de planejamento em saúde que, partindo das situações conhecidas, e dos instrumentos disponíveis de informação, possam habilitar os gestores dos diferentes níveis do sistema na sua tarefa cotidiana.

3.OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1.Objetivo Geral

Avaliar a qualidade do atendimento do Serviço de Pronto Atendimento do Centro de Saúde Bom Jesus identificado como um serviço não hospitalar de atendimento a urgência e emergência da Secretaria Municipal da Saúde do município de Porto Alegre.

3.2.Objetivos Específicos

Identificar e analisar a estrutura existente de recursos físicos, materiais e humanos.

Identificar e analisar o perfil assistencial da unidade.

Identificar e analisar o grau de reconhecimento e apropriação dos trabalhadores sobre a missão da unidade no sistema.

Conhecer os sistemas de informação existentes.

Identificar se o serviço produz indicadores.

Propor um grupo de indicadores que traduza o conceito de qualidade na atenção em urgência e emergência.

4.REVISÃO DA LITERATURA

Tendo como ponto de partida o foco principal deste estudo, isto é, diante das demandas mal satisfeitas que sobrecarregam os serviços de emergência e a inexistência de processos sistemáticos de avaliação que possibilitem, e mesmo estimulem, as mudanças necessárias para a superação das dificuldades e melhoria dos resultados alcançados, buscou-se identificar o que já está estabelecido como “padrão assistencial” esperado/desejado para os chamados serviços não-hospitalares de emergência.

No mesmo sentido, também buscou-se compreender e definir o que, para este estudo, é o conceito de qualidade em saúde e o processo de avaliação e seus componentes e desdobramentos.

Uma das formas de busca para o referencial teórico foi a pesquisa em bases de dados de Literatura Científica disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde – www.bvs.br. Para essa busca foi utilizada a associação de descritores que tratam de avaliação de resultados em serviço de saúde e descritores que tratam de urgência e emergência. Desta busca foram localizadas duas referências que a partir de “documentos relacionados”, foram selecionadas seis.

Com a utilização da associação de descritores que tratam de indicadores de qualidade em assistência à saúde com urgências e emergências, foi encontrada uma referência. A partir dos “documentos relacionados” foram localizados outros dois trabalhos.

Quando utilizamos a associação de descritores que tratam de acesso relacionados com avaliação de processos e resultados foram localizados dois artigos que quando buscados nos “documentos relacionados” permitiram selecionar outros três.

Desta forma, apresentaremos em dois grandes segmentos, como delineados anteriormente, a revisão teórica realizada.

4.1.Organização do Sistema de Atenção às Urgências e Emergências

O Sistema Único de Saúde, de acordo com a definição constitucional (Lei 8080), é composto por uma rede de serviços, que deve estar organizada de forma regionalizada e hierarquizada.

Isto significa que os novos serviços a serem constituídos deveriam ser concebidos dentro da lógica de uma rede, com fluxos e demandas definidos.

No entanto, os serviços que já estavam constituídos, na sua grande maioria, sob gestão estadual e federal, e que passaram, através da municipalização, a serem gerenciados pelas Secretarias Municipais de Saúde, tiveram ainda que se adequar a este novo modelo, sistêmico, para o qual nem sempre a “antiga” forma de funcionar, ou mesmo as estruturas técnico-assistenciais tinham correspondência, isto é, em muitos casos as adaptações ao “novo” foram difíceis e até mesmo inadequadas.

Assim, dentro do que se estabeleceu como serviços hierarquizados, ou níveis de complexidade do sistema, temos um conjunto de estabelecimentos que realiza predominantemente a denominada Atenção Básica, definida e normatizada em Portarias e Normas Operacionais, das quais a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS 01/02) é a última versão.

Como este elenco de ações e procedimentos faz parte do rol de atribuições e responsabilidades de quase a totalidade dos municípios brasileiros, já está bastante consolidada a sua concepção enquanto corte hierarquizado no fluxo do sistema.

Mais recentemente, a partir do acelerado processo de descentralização (após a NOB/96 e NOAS 01/02) e da constatação de que a porta preferencial de acesso ao Sistema de Saúde não é, necessariamente, a dos serviços de Atenção Básica, mas, especialmente nos municípios de médio e grande porte, são os serviços de emergência, surge a necessidade de redefinir algumas concepções relativas ao perfil assistencial na rede de complexidade hierarquizada do SUS.

Assim, na concepção da Atenção Básica, impõe-se a necessidade de incluir a assistência aos casos agudos, sob pena de estas situações clínicas continuarem abarrotando as portas das emergências.

Essa inclusão não tem se dado de forma tranqüila e sem conflitos, uma vez que se indis põe ao conceito de Atenção Básica como sinônimo de prevenção às doenças e promoção à saúde.

Essa inclusão impõe uma nova concepção de acesso e responsabilização, que tem na estratégia do acolhimento às demandas da clientela a garantia de que os serviços de Atenção Básica possam ser a porta preferencial de acesso ao Sistema de Saúde.

Na outra ponta da escala hierarquizada de complexidade do sistema, a atenção hospitalar ocupa, tradicionalmente, um lugar reconhecido, embora muitas vezes descaracterizado do papel de retaguarda, competindo com os serviços de menor

complexidade, na medida em que os hospitais não atuam como parte integrante da rede, isto é, não tem consolidado o seu papel primordial de referência especializada e de suporte técnico-assistencial para o restante da rede, preferencialmente de forma regionalizada e pactuada de acordo com as suas capacidades efetivas de responder às demandas do sistema.

No âmbito da chamada média complexidade encontramos uma das áreas mais problemáticas do Sistema de Saúde.

Se por um lado constata-se a escassez de recursos e serviços a oferecer para a população, ao mesmo tempo há uma queixa generalizada quanto à qualidade e efetividade do que é oferecido.

São insuficientes os instrumentos de regulação e gestão dos serviços, daí resultando “urgenciar” os atendimentos, como bem descreve a Portaria GM/2048, no seu capítulo introdutório do Regulamento Técnico, onde se lê que:

“A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais pronto-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes.”

E mais adiante, ainda na Portaria GM/2048:

“Outra situação preocupante para o sistema de saúde é a verificada “proliferação” de unidades de “pronto atendimento” que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para

elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência”.

Como se pode perceber, a questão do atendimento às emergências traduz e representa uma das grandes dificuldades do sistema, pois, se de um lado é clara a sobrecarga das emergências por insuficiente cobertura e resolutividade da Atenção Básica, por outro lado é também verdadeira a crescente demanda na atenção ao trauma, resultante do aumento dos acidentes e da violência urbana

A priorização deste problema por parte das autoridades sanitárias brasileiras resultou na publicação, em 5 de novembro de 2002, da já citada Portaria 2048, que instituiu e normatizou o Sistema de Atenção às Urgências e Emergências, através do Regulamento Técnico, definindo os seus componentes e respectivas atribuições no fluxo hierarquizado do SUS, possibilitando efetivamente a organização e qualificação desse segmento da assistência à saúde, que envolve toda a rede assistencial, como lá descrito:

“Assim, torna-se imperativo estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar (unidades básicas de saúde, programa de saúde da família (PSF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não-hospitalares), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.”

No capítulo III do Regulamento Técnico da Portaria 2048, é descrito o primeiro componente do sistema, denominado Atendimento Pré-hospitalar Fixo, onde enquadram-se os

serviços de Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família, e as unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências, que correspondem ao foco deste projeto de pesquisa, isto é, os Serviços de Pronto Atendimento municipais.

No referido capítulo estão definidas as atribuições destas unidades, delineando a sua missão no sistema, o dimensionamento e organização assistencial, classificado em três partes conforme a cobertura populacional, ainda o quadro de Recursos Humanos e habilitação dos profissionais, a área física em seus diversos componentes ambientais, os materiais e equipamentos, os medicamentos e a estruturação da grade de referência.

Embora, após dois anos de sua publicação, a Portaria 2048 ainda não tenha sido implementada na sua plenitude, as definições nela contidas já possibilitam avançar no processo das mudanças necessárias para a qualificação e consolidação da atenção às urgências e emergências, processo este que exige uma metodologia capaz de envolver participativamente os atores sociais implicados direta e indiretamente na assistência à saúde da população. Isto significa comprometer trabalhadores, gestores e usuários num processo ativo de análise dos problemas existentes, e no planejamento das ações para superar as dificuldades, incorporando a avaliação do serviço no processo cotidiano do trabalho em equipe.

4.2.Avaliação da qualidade nos serviços de saúde:

De acordo com a descrição feita anteriormente, afirmamos que a atenção às urgências é uma das áreas mais problemáticas do Sistema de Saúde. E este conceito deve-se muito mais às decorrências de sua suposta ineficiência, como é o caso do alto custo da prestação desses serviços, a insatisfação dos usuários pela baixa qualidade do atendimento oferecido, as longas esperas, a insuficiência do acesso aos meios diagnósticos, a insatisfação dos profissionais de saúde com sobrecarga de trabalho, insuficiência de insumos e infra-estrutura, capacitação inadequada, baixa remuneração, do que a processos efetivos e sistemáticos de avaliação.

De acordo com Deslandes (1997),

“a avaliação de serviços de saúde é uma área já consolidada em suas várias linhas de abordagens. A utilização de indicadores de avaliação econômica, tecnológica e de qualidade da atenção em saúde (acesso,

utilização, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processo, resultados, entre outros) é hoje reconhecida e amplamente divulgada”.

No entanto, embora já se disponha de um arsenal técnico bem consolidado para medir indicadores e avaliar direta ou indiretamente serviços ou programas de saúde, os processos de avaliação são ainda muito incipientes, não tendo sido incorporados à prática da gestão em saúde. Na maioria das vezes ocorre de forma pontual, assistemática, com caráter prescritivo e burocrático, destituído do aspecto de negociação, necessário para subsidiar efetivamente o planejamento e a gestão.

Também Malik (1998) refere que a existência de ferramentas e referencial teórico não garante a implantação de processo de avaliação.

“A preocupação em avaliar os serviços e o sistema de saúde há muito consta da agenda das discussões de saúde. No entanto, a sistematização dessa avaliação, a possibilidade de comparar os resultados dessa avaliação com os indicadores desejados, e até mesmo sua implantação prática, são pontos mais recentes em nossa realidade. Há casos em que ainda não saíram do discurso.”

Em junho de 2003, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS 676, constituiu a Comissão de Avaliação da Atenção Básica, que tinha, entre outras atribuições, subsidiar o Pacto da Atenção Básica, processo que se realiza anualmente para avaliar e pactuar as metas estabelecidas entre as três esferas de gestão do SUS.

Em documento produzido pela referida Comissão, encontramos que

“a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um

processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades”.

Enquanto um processo de negociação, que potencialmente subsidia e dá suporte às tomadas de decisões, a avaliação implica mediar relações de poder, e nesse sentido é importante que se possa garantir a participação democrática de todos os atores envolvidos.

Esta concepção é compartilhada por outros autores (Guba & Lincoln, 1990, *apud* Contandriopoulos, 1997) como citam Uchimura e Bosi (2002) : “no estágio emergente (atual) da avaliação, pressupõe-se - para a sua realização – um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada”.

Trata-se, portanto, de incorporar o processo de avaliação, de forma sistemática, na prática da gestão em saúde, em seus diversos âmbitos. E como fazê-lo, compreendendo que

“avaliação sistemática pressupõe a utilização de um método, diferente da avaliação de fatos cotidianos, em que – baseados em determinados critérios de valor – são emitidos julgamentos de forma despreocupada”? (Uchimura & Bosi, 2002).

De acordo com essas autoras, significa revestir o processo de avaliação de um caráter científico, utilizando métodos e técnicas da pesquisa social, para que a emissão de juízo traduza uma avaliação conseqüente.

É possível encontrarmos na literatura diversas definições do termo qualidade, que, segundo Demo (*apud* Uchimura e Bosi, 2002), pode ser identificada como dois tipos: a qualidade formal, que contempla uma dimensão objetiva, mensurável, e a qualidade política, que contempla uma dimensão subjetiva, que não cabe mensurar, por expressar singularidades.

Portanto, quando nos dispomos a avaliar qualidade, sempre estaremos fazendo uma análise reduzida da realidade, na medida em que a qualidade, por suas múltiplas facetas, não poderá ser apreendida em toda a sua complexidade.

Conforme Uchimura e Bosi (2002), a maioria dos estudos sobre qualidade dos programas ou serviços de saúde, tem por base exclusivamente a dimensão formal, em seus componentes ou elementos, o que reduz o campo de análise, na medida em que se distancia de outras dimensões que estão inseridas na realidade e que lhe dão conformidade.

Para as autoras:

“Convém também observar que análises voltadas ao estudo dos componentes, seja do cuidado médico ou de um programa de promoção da saúde, constituiriam estudos da qualidade na sua dimensão objetiva, ou seja, avaliações da qualidade formal de um programa. Já os estudos centrados na análise da dimensão subjetiva da qualidade, que buscam apreender a experiência vivencial de atores sociais que interagem com o programa ou serviço, sejam eles usuários, técnicos, gestores ou políticos, caracterizariam estudos de avaliação qualitativa de programas.”

Neste estudo, a qualidade será avaliada tanto nos seus aspectos objetivos quanto subjetivos, na medida em que incluirá o olhar dos diversos atores sociais envolvidos.

Segundo Donabedian (*apud* Malik, 1998) é possível estabelecer um quadro conceitual fundamental que facilita o entendimento da avaliação de qualidade em saúde. Esse autor propõe os conceitos de estrutura, processo e resultado. Considera-se a estrutura, os elementos como recursos físicos, materiais humanos e financeiros necessários para a assistência médica ou de saúde. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra necessária. O processo representa as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. Pode ser analisado sob o ponto de vista técnico ou administrativo. É considerado resultado o produto final da assistência prestada, levando em conta saúde, e satisfação de padrões e expectativas.

Essa pesquisa, partindo desse referencial teórico, utilizará os conceitos de estrutura, processo e resultados para avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo Serviço de Pronto Atendimento Bom Jesus.

Para avaliação da qualidade dos serviços de saúde são utilizados indicadores, por permitirem o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo do tempo.

O processo de escolha dos indicadores deverá levar em conta os seguintes pressupostos: disponibilidade; simplicidade; qualidade; objetividade; validade; especificidade e sensibilidade.

Pretende-se partir das situações vivenciadas e conhecidas, utilizando-se todo o arsenal de informações e dados disponíveis nos sistemas de informação específicos (SIA e SIH, boletins de atendimento, registros de produtividade e outros), bem como as informações não

sistematizadas e que possam ser organizadas para permitir a leitura mais abrangente da realidade.

Considerando a importância da avaliação no processo de gestão, é fundamental que ela não seja delegada, como atribuição, a avaliadores externos, mas que possa ser incorporada ao conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores e pelas equipes de saúde.

Em se tratando de focar os serviços de emergência, este projeto reforça o caráter formativo e dinâmico da avaliação, na medida em que poderá formatar uma identidade assistencial, a partir da construção de um perfil técnico-assistencial consensuado e validado pela participação democrática de gestores, trabalhadores e usuários.

Da mesma forma, poderá padronizar indicadores próprios para a avaliação de serviços de Urgência e Emergência.

5.METODOLOGIA

Este projeto de pesquisa tem como foco a avaliação da qualidade em serviços de saúde, situando-se na modalidade de intervenção social, de características qualitativas. A metodologia a ser empregada, com seus instrumentos, processos e desdobramentos, será, em boa parte, produzida com a participação dos atores sociais envolvidos – gestores, trabalhadores e usuários – no serviço de pronto atendimento do Centro de Saúde Bom Jesus.

O projeto será desenvolvido nas seguintes etapas:

1ª etapa: Definição dos atores

No serviço de pronto atendimento do Centro de Saúde Bom Jesus deverão ser identificadas as pessoas que comporão o grupo de avaliação. Sempre deverão estar contemplados os aspectos:

-de gestão: pessoas que têm função de coordenar equipes ou setores de trabalho e que, em alguma instância, tomam decisões gerenciais;

-cuidadores/operadores: profissionais de saúde e outros trabalhadores, que prestam assistência direta, indireta ou que tem tarefas “meio”, contemplando o conjunto das categorias profissionais/funcionais;

-usuários: pessoas que utilizam os serviços, participantes ou não das diversas instâncias existentes de controle social.

No caso dos representantes da gestão e cuidadores/operadores, a identificação das pessoas será realizada através de um documento formal, que explicitará o projeto de pesquisa e oferecerá a possibilidade de manifestação do interesse das pessoas convidadas. Construída essa grade de interesses, serão negociadas alternativas de participação (horários, tipos de reuniões, entrevistas).

No caso dos representantes dos usuários, a composição será indicada pelo Conselho Municipal de Saúde.

Não será estabelecido, a priori, um número limite de participantes, ficando esta definição a ser negociada com os gestores do serviço, considerando os aspectos de ordem prática e operacional implicados.

É a fase de pactuação do grupo da unidade com o trabalho de pesquisa que se pretende desenvolver, no que diz respeito à responsabilidade de cada participante e o compromisso com o cumprimento do cronograma da pesquisa. Deve-se estabelecer ainda a forma e os níveis de divulgação e conhecimento dos resultados.

2ª etapa: Discussão da Portaria 2048 e análise documental

Nesta etapa trata-se de dar conhecimento ou re-conhecimento do conteúdo da Portaria 2048 a todos os participantes, buscando homogeneizar os conceitos, definições e normas estabelecidos na referida Portaria, e identificando o papel assistencial dos serviços no sistema.

Essa discussão será realizada através de oficina temática, onde serão apresentados exemplos e experiência de outros serviços com perfil semelhante.

A análise documental nesta etapa buscará identificar a existência ou não de um perfil assistencial definido no âmbito do serviço, ou da Secretaria Municipal de Saúde

Neste processo é importante identificar o que corresponde e o que não corresponde à missão proposta, tanto pela ausência (não cumpre o papel esperado), quanto pela inadequação (cumpre o papel de outros serviços).

3ª etapa: A escolha dos indicadores de qualidade

A partir da identificação da missão, o grupo deverá se dedicar a reconhecer de que forma tem conseguido cumpri-la, isto é, analisar se o produto do trabalho realizado se aproxima ou se afasta do esperado.

Para tal, serão identificados indicadores para avaliação dos resultados, os quais não serão previamente definidos, mas discutidos e consensuados como relevantes, levando em conta os saberes dos componentes do grupo e os requisitos formais de obtenção dos dados. É importante considerar a avaliação empírica que o grupo tem sobre a qualidade dos registros e dos sistemas de informação a serem utilizados, pois a validação do diagnóstico que será realizado é importante para o juízo adequado das conclusões a que se vai chegar.

4ª etapa: Coleta de dados

Será definido um período para a coleta dos dados relacionados à produção de serviços. A fonte de informações principal será o Boletim de Atendimento e os registros de produção.

Para os dados adicionais, especialmente os relacionados às condições de estrutura e de pessoal, serão elaboradas planilhas para coleta de informações, as quais serão submetidas ao grupo para eventuais ajustes.

As informações sobre a organização dos processos de trabalho, serão coletadas através de questionários pré-elaborados, bem como através da observação direta das rotinas de trabalho. A aplicação dos questionários será feita, em parte, de forma individual e, em parte, em grupos focais.

5ª etapa: Análise dos dados

A análise dos dados relacionados à qualidade, ou seja, a análise dos indicadores elencados, deve permitir identificar os aspectos favoráveis e desfavoráveis, considerando-se para isso alguns padrões estabelecidos nacional e internacionalmente, as prescrições da Portaria 2048 ou mesmo estabelecendo consensos no próprio grupo, como propõe o Manual de Padrão de Qualidade do Atendimento ao Cidadão. (Ministério da Saúde, 2002)

É importante identificar os fatores determinantes relacionados aos aspectos de estrutura e dos processos de trabalho. É importante considerar os aspectos relacionados ao processo histórico de constituição do serviço e o quanto isso influencia a sua dinâmica própria.

Esta é a etapa de avaliação propriamente dita, onde os olhares dos diversos atores compõem os recortes e enfoques necessários ao processo de compreensão dos fenômenos presentes e que interferem, de formas e intensidades diversas, na realidade em análise.

BIBLIOGRAFIA

- Bobadilla FB 1999. Evaluación de la calidad: indicadores. *Anales de la Facultad de Medicina*. México, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Brasil. Ministério da Saúde 2003. *Cem palavras para gestão do conhecimento*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde 2002. *Padrões de qualidade do atendimento ao cidadão*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, 2002. *Regionalização da assistência à saúde, aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 1/2)*, Portaria MS/GM nº 373, de 27 fev. 2002, e regulamentação complementar. 2 ed. revisada e atualizada. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 2003. *Portaria GM nº 1.863*, de 29 set. 2003. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde 2003. *Portaria GM nº 1.864*, de 29 set. 2003. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde 2003. *Portaria GM nº 2.072*, de 30 out. 2003. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde 2002. *Portaria GM nº 2.048*, de 5 nov. 2002. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde 2003. *Portaria GM nº 676*, de 5 jun. 2003. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica 2003. *Documento final da comissão de avaliação da atenção básica à saúde*, out. 2003. Ministério da Saúde, Brasília.
- Deslandes SF 1997. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 13(01): 103-107.
- Foskett DJ 1980. Informática, pp. 9-51. In HE Gomes (org). *Ciência da informação ou informática?* Calunga, Rio de Janeiro.
- Francis A 2004. A evolução do livre acesso à informação científica. *França Flash*, 40(12-13). Disponível em: <<http://200.136.53.146/francaflash/ff40.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2004.
- Lakatos EM & Marconi MA 2003. *Fundamentos de metodologia científica*. Atlas, São Paulo.
- Laville C & Dionne J 1999. *A construção do saber*. Editora da UFMG, Belo Horizonte.
- Malik AM 1996. *Avaliação, Qualidade, Gestão... Para trabalhadores da área de Saúde e outros interessados*. Senac, São Paulo.

Malik AM & Schiesari LMC 1998. *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*. Editora Fundação Petrópolis Ltda, São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. (volume 3, Série Saúde & Cidadania).

Minayo MCS 1994. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes, Petrópolis.

Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde 2004. *Levantamento sobre o funcionamento dos serviços de pronto atendimento em Porto Alegre*, 13 fl. PMPA/SMS, Porto Alegre. (ago. 2004, documento não publicado)

Prata A (org.) 1981. *Carlos Chagas: coletânea de trabalhos científicos*. Editora da UnB, Brasília.

Silva EL & Menezes EM 2001. *Metodologia da Pesquisa Elaboração de Dissertação*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 3ed.

Stepan N 1976. *Gênese e evolução da ciência brasileira*. Artenova, Rio de Janeiro.

Uchimura KY & Bosi MLM 2002. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 18(6):1561-1569.