



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



Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão, filho

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA
DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À
SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE –
POLÍTICA QUALISUS – EM TRÊS
HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DO RECIFE**

RECIFE
2008

Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão, filho

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO
À SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – POLÍTICA QUALISUS – EM TRÊS
HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DO RECIFE**

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

Orientador: José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior

Co-orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho

RECIFE
2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

G982a Gusmão filho, Fernando Antônio Ribeiro de.
Análise de implantação da Política de Qualificação da
Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde - Política
Qualisus – em três hospitais no município do Recife /
Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão filho. — Recife:
F. A. R. Gusmão Filho, 2008.
181 p. : il., tabs.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
2008.

Orientadores: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo
Júnior, Eduardo Maia Freese de Carvalho.

1. Avaliação de programas e projetos de saúde. 2.
Sistemas de saúde. 3. Política de saúde. 4. Qualidade da
assistência à saúde. 5. Serviços médicos de emergência.
6. Gestão de qualidade. 7. Atenção à saúde. 8. Sistema
Único de Saúde. I. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral
Corrêa de. II. Carvalho, Eduardo Maia Freese de. III.
Título.

CDU 614.39

Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão, filho

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO
À SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – POLÍTICA QUALISUS – EM TRÊS
HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DO RECIFE**

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

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Rejane Ferreira
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Paulette Cavalcanti
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Antônio Carlos do Espírito Santo
Universidade Federal de Pernambuco

Isabella Chagas Samico
Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira

Aos meus avós paternos, Maria do Céu e Euterpe,

Aos meus filhos, Joaquim e Clarissa.

Aos profissionais de saúde que se empenham a
oferecer um cuidado cada vez melhor a seus pacientes e à população.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, por me possibilitar a prosseguir no caminho.

Aos professores José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior e Eduardo Freese de Carvalho, pela orientação e ensinamentos.

A todos que fizeram a Política Qualisus, em especial a Antônio Mendes, por ter me dado a oportunidade em participar da experiência.

Aos caríssimos profissionais dos hospitais, da Secretaria de Saúde de Pernambuco e do Ministério da Saúde que me ajudaram na construção desse trabalho.

Aos que fazem a Biblioteca e a Secretaria Acadêmica do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, pelo apoio sempre bem-vindo.

Aos colegas da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Rosana Aragão, Analíria Pimentel, Paulo Neves Baptista, Jailson Correia e Angela Rocha, pela compreensão e estímulo.

Aos colegas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Gerência de Risco Sanitário-Hospitalar do Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira, em especial Júlia Mello e Suzana Ferraz, pelo apoio, carinho e inspiração.

Aos doutores Levi Pedrosa, chefe do Departamento de Clínica Médica e Álvaro Cabral de Melo Filho, diretor da Faculdade de Ciências Médicas, e aos doutores Alex Caminha, assessor da superintendência e Antônio Carlos Figueira, superintendente do Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira, por terem me concedido a oportunidade de cursar o Doutorado.

Aos colegas do curso de Doutorado do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, turma 2004-2008, especialmente a Jorge Lyra, Joselma Cordeiro e Dione Simons por compartilhar momentos de angústia e, sobretudo, de alegria.

A Zulmira Hartz, Suely Arruda, Kátia Feliciano, Eronildo Felisberto, Isabella Samico, Ana Cláudia Figueró e Paulo Frias, pelo socorro nos momentos de aflição.

A Rejane Ferreira e Antônio Carlos do Espírito Santo, pelas ricas contribuições ao projeto de pesquisa.

Novamente, graças a Deus.

GUSMAO-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.

RESUMO

A Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus – foi lançada em 2004 com o objetivo primordial de elevar o nível de qualidade da assistência à saúde prestada à população pelo SUS. Com base em pesquisas de opinião, decidiu-se eleger como ponto de partida para a sua aplicação os serviços de urgência e emergência (UE) dos grandes hospitais das regiões metropolitanas do país. A proposta da política incluía a introdução nestes serviços de tecnologias organizacionais inovadoras e o investimento em infra-estrutura. Este estudo objetivou analisar a implantação da Política Qualisus em três hospitais do município do Recife. Verificou-se o grau de implantação por meio de avaliação normativa com base em um sistema de pontuação. Foi analisada a influência do contexto organizacional sobre o grau de implantação por abordagem qualitativa a partir de dados obtidos de entrevistas não-estruturadas com informantes-chaves, análise documental e observação participante. A avaliação normativa mostrou que o grau de implantação da Política Qualisus nos três hospitais foi incipiente (Hospital A: 50%; Hospital B: 47%; Hospital C: 42%). A implantação da Política Qualisus nos hospitais foi fortemente influenciada pela atuação das comissões formadas por profissionais dos próprios hospitais e assessoradas por consultores contratados pela política. Como obstáculos à implantação, foram apontados o déficit de recursos humanos nos hospitais, a baixa resolutividade dos demais componentes da rede de atenção às UE e o atraso da efetivação pelo Ministério da Saúde das melhorias estruturais previstas na política. Conclui-se que a Política Qualisus obteve grau de implantação incipiente nos três hospitais e que o principal fator favorável ao processo foi o engajamento dos profissionais de saúde, o que reforça o anseio destes em intervenções de melhoria de qualidade nos serviços de UE.

Palavras-chaves: Avaliação de programas; qualidade; sistema de saúde; política de saúde; qualidade da assistência à saúde; serviços médicos de emergência.

GUSMAO-FILHO, F. A. R. Implementation analysis of Health Attention Qualification Policy of Brazilian Health Unified System in three hospitals of Recife Municipality. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ABSTRACT

The Health Attention Qualification Policy – Qualisus Policy – was released in 2004 aiming to raise the quality of health assistance offered to population by the Unified National Health System (SUS). Based on opinion pools, urgency emergency (UE) rooms of large hospitals located in Brazilian metropolitan areas were elected as starting point of Qualisus Policy. Policy's proposals included introduction of innovative organizational technologies and infrastructure improvement. This study aimed to analyze the policy's implementation at three hospitals of Recife municipality. Implementation degree was assessed by normative evaluation based on a score system. Context influence on implementation degree was analyzed by qualitative approach from data obtained by unstructured interviews with key-informants, documental analysis and participative observation. Normative evaluation revealed that degree implementation was incipient at the three hospitals (Hospital A: 50%; Hospital B: 47%; Hospital C: 42%). Policy implementation was strongly influenced by hospital professionals' performances, who were assisted by Health Ministry consultants. Obstacles to implementation included: personal deficit, low resolubility of UE system components and delay of structure improvement accomplishment by Health Ministry. We concluded that Qualisus Policy's implementation was incipient at the three hospitals and that the main favoring factor was health professionals' engagement. This outpoints health professionals' yearnings for quality improvement interventions in UE rooms.

Key-words: program evaluation; quality; health system; health policy; quality of health care; emergency medical services

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Pág.
Quadro 1	Causas da superlotação dos serviços de urgência e emergência dos grandes hospitais no Brasil 17
Quadro 2	Componentes do fluxo de pacientes em um serviço de urgência e emergência 26
Figura 1	Forma matricial de abordagem da Política Qualisus 47
Quadro 3	Conteúdo programático da Política Qualisus 52
Figura 2	Processo de produção da mudança nas organizações 63
Quadro 4	Principais características dos setores de urgência e emergência dos hospitais inseridos na Política Qualisus 69
Figura 3	Modelo lógico da Política Qualisus (Eixos I e II) 71
Figura 4	Modelo lógico da Política Qualisus (Eixos III e IV) 72
Quadro 5	Distribuição da pontuação entre eixos, linhas de ação e atributos da Política Qualisus para verificação do grau de implantação três hospitais inseridos na Política Qualisus 74
Quadro 6	Características contextuais que podem influenciar o grau de implantação segundo os diferentes modelos de análise das mudanças 83
Quadro 7	Linhas de ação (e respectivos eixos) da Política Qualisus eleitas como prioritárias para implantação em três hospitais do município do Recife 90
Quadro 8	Cronologia das principais atividades relacionadas à implantação da Política Qualisus em Pernambuco 93
Gráfico 1	Graus de implantação da Política Qualisus e de seus eixos no Hospital A - Recife, 2007 94
Gráfico 2	Graus de implantação das linhas de ação (eixo) da Política Qualisus no Hospital A – Recife, 2007 96
Gráfico 3	Graus de implantação da Política Qualisus e de seus eixos no Hospital B – Recife, 2007 108

Gráfico 4	Graus de implantação das linhas de ação (eixo) da Política Qualisus no Hospital B – Recife, 2007	110
Gráfico 5	Graus de implantação da Política Qualisus e de seus eixos no Hospital C – Recife, 2007	122
Gráfico 6	Graus de implantação das linhas de ação (eixo) da Política Qualisus no Hospital C – Recife, 2007	124
Gráfico 7	Graus de implantação da Política Qualisus e seus eixos em três hospitais do município do Recife, 2007	135
Gráfico 8	Graus de implantação das linhas de ação do Eixo I da Política Qualisus em três hospitais do município do Recife, 2007	136
Gráfico 9	Graus de implantação das linhas de ação do Eixo II da Política Qualisus em três hospitais do município do Recife, 2007	139
Gráfico 10	Graus de implantação das linhas de ação do Eixo III da Política Qualisus em três hospitais do município do Recife, 2007	141
Gráfico 11	Graus de implantação das linhas de ação do Eixo IV da Política Qualisus em três hospitais do município do Recife, 2007	144
Gráfico 12	Graus de implantação das linhas de ação prioritárias da Política Qualisus em três hospitais do município do Recife, 2007	146

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1	
Graus de implantação conforme eixos, linhas de ação e atributos da Política Qualisus no Hospital A – Recife, 2007	95
Tabela 2	
Graus de implantação das linhas de ação consideradas prioritárias da Política Qualisus no Hospital A – Recife, 2007	97
Tabela 3	
Graus de implantação conforme eixos, linhas de ação e atributos da Política Qualisus no Hospital B – Recife, 2007	109
Tabela 4	
Graus de implantação das linhas de ação consideradas prioritárias da Política Qualisus no Hospital B – Recife, 2007	111
Tabela 5	
Graus de implantação conforme eixos, linhas de ação e atributos da Política Qualisus no Hospital C – Recife, 2007	122
Tabela 6	
Graus de implantação das linhas de ação consideradas prioritárias da Política Qualisus no Hospital C – Recife, 2007	125
Tabela 7	
Número de profissionais de saúde em atividade e proporção percentual em relação ao número de vagas nos três hospitais incluídos na Política Qualisus – Recife, 2007	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMUE	Comitê Metropolitano de Urgência e Emergência
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRMU	Central de Regulação Médica de Urgência
GTH	Grupos de Trabalho de Humanização
MS	Ministério da Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
Qualisus	Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAUE	Sistema de Atenção às Urgências e Emergências
SES	Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco
SUE	Serviço de Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	PRESSUPOSTO E OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo Geral	21
2.2	Objetivos específicos	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	Sistemas de atenção às urgências e emergências: origens e crise	22
3.1.1	No Mundo Ocidental	22
3.1.2	No Brasil	29
3.1.2.1	<i>O SUS e a atenção às urgências e emergências</i>	29
3.1.2.2	<i>O desenvolvimento de um sistema brasileiro de atenção às urgências e Emergências</i>	31
3.2	Qualidade da atenção à saúde	34
3.2.1	Definições	35
3.2.2	Estratégias de melhoria da qualidade da atenção à saúde	38
3.3	A Política de Qualificação da Atenção à Saúde do SUS – Qualisus	43
3.3.1	Fundamentos	43
3.3.2	Metodologia de implantação	48

3.3.3	Conteúdo programático	51
3.4	Avaliação de programas de saúde e análise de implantação	58
3.4.1	Avaliação de programas	58
3.4.2	Análise de implantação	61
4	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	65
4.1	Descrição da implantação	65
4.2	Análise da implantação – o Estudo de Caso como estratégia de pesquisa ..	66
4.2.1	Definição de casos, unidades e níveis de análise	68
4.2.2	Construção do modelo lógico	69
4.3	Medida do grau de implantação	70
4.3.1	Eleição das variáveis e construção do sistema de pontuação	70
4.3.2	Coleta, registro e análise dos dados	82
4.4	Observação do contexto organizacional	82
4.4.1	Eleição das variáveis	82
4.4.2	Coleta, registro e análise dos dados	84
4.5	Aspectos éticos	87
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	88
5.1	Implantação da Política Qualisus no município do Recife	88
5.2	Relatos e análises dos estudos de caso	92

5.2.1	Hospital A	94
5.2.1.1	<i>O grau de implantação</i>	94
5.2.1.2	<i>O contexto organizacional e sua influência no grau de implantação</i>	99
5.2.1.3	<i>Conclusões</i>	105
5.2.2	Hospital B	107
5.2.2.1	<i>O grau de implantação</i>	107
5.2.2.2	<i>O contexto organizacional e sua influência no grau de implantação</i>	112
5.2.2.3	<i>Conclusões</i>	119
5.2.3	Hospital C	121
5.2.3.1	<i>O grau de implantação</i>	121
5.2.3.2	<i>O contexto organizacional e sua influência no grau de implantação</i>	126
5.2.3.3	<i>Conclusões</i>	132
5.3	Análise integrada dos casos	134
5.3.1	Os graus de implantação	134
5.3.1.1	<i>Eixo I</i>	135
5.3.1.2	<i>Eixo II</i>	138
5.3.1.3	<i>Eixo III</i>	140
5.3.1.4	<i>Eixo IV</i>	143
5.3.2	A influência dos contextos organizacionais sobre os graus de implantação	145
5.3.3	<i>Conclusões</i>	156
6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	159

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	160
REFERÊNCIAS	163
APÊNDICES	174
Apêndice A – Formulário para avaliação do grau de implantação da Política Qualisus nos hospitais	174
Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido	178
Apêndice C – Matriz de registro da análise de condensação de significados	179
ANEXO	180

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído com a promulgação da Constituição brasileira de 1988, baseado na assertiva da saúde como direito de todos e dever do Estado. A gestão do sistema passou a ser fundamentada nos princípios da universalização, equidade e integralidade, através da descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços, com participação ativa da sociedade (BRASIL, 2004f; SANTOS, J. S. et al., 2003).

Atualmente, após vinte anos de sua implantação, o SUS atinge todo o país, graças ao processo de municipalização, que transferiu recursos e responsabilidades das esferas federal e estadual diretamente aos municípios. Apesar desta boa cobertura, o acesso da população aos serviços de saúde ainda é falho, pois a pretensa hierarquização das atenções primária, secundária e terciária, interligadas pelos fluxos de referência e contra-referência, não logrou em atingir o objetivo de fazer da rede básica a principal porta de entrada do sistema (BRASIL, 2004f; CECÍLIO, 1997). Em seu lugar, esse papel é de fato exercido pelos Serviços de Urgência e Emergência (SUE) dos grandes hospitais das regiões metropolitanas, os quais permanecem com sua porta aberta aos usuários 24 horas por dia, sete dias por semana. Este fato, somado a outros (Quadro 1), contribuíram para a superlotação desses serviços, um problema que nos últimos anos acabou por se constituir em um verdadeiro foco de tensão dentro do sistema, gerando conflitos entre gestores, profissionais de saúde, usuários do sistema e pela população, envolvendo ainda conselhos de classe e o próprio poder judiciário (SANTOS, J. S. et al., 2003).

Enquanto várias áreas do SUS possuem políticas específicas, como a atenção básica, a média e a alta complexidade, os SUE hospitalares foram uma das últimas a receberem portaria instituindo e determinando o seu funcionamento (SCARAZATTI, 2005b). De fato, esta demora fez com que, ao longo dos anos, os municípios de pequeno porte, ao invés de investirem na resolutividade de suas unidades locais, optassem pela facilitação do transporte dos usuários até os municípios maiores, onde se localizam os já sobrecarregados SUE dos centros hospitalares de referência (SANTOS, J. S. et al., 2003). Estes, por sua vez, não se organizaram de acordo com concepções mais atualizadas de gestão, arquitetura, tecnologias e recursos humanos. No Brasil, não há formação especializada em urgência e emergência – a força de trabalho atualmente lotada nos SUE, via de regra, é formada por profissionais de

especialidades diversas, que não se organizam em sociedades representativas, não realizam eventos específicos, não produzem conhecimento e pouco se vinculam aos serviços (SANTOS, J. S., 2005b).

1. Concepções diversas que usuários, população e profissionais de saúde têm para definir urgência.
2. Baixa resolutividade da atenção primária e das unidades não-hospitalares de atenção às urgências.
3. Não estruturação do sistema de saúde através da atenção básica territorializada e adscrita como porta de entrada no sistema para outros níveis de atenção.
4. Falta de ordenação do acesso dos usuários aos serviços da rede assistencial de urgências.
5. Insuficiência estrutural, gerencial e funcional dos hospitais de urgência e, em particular, das portas de urgência.
6. Falta de apoio dos serviços do hospital para investigação e internação dos casos atendidos na porta hospitalar de urgência.
7. Limitações de perfil e de capacitação dos profissionais que atuam na urgência para lidar com as dimensões epidemiológica, biomédica, social e subjetiva das urgências (envelhecimento da população, acidentes, violência, alcoolismo e drogadição).
8. Organização do trabalho profissional centrada em procedimentos e tarefas, dificultando a responsabilização clínica e incentivando a fragmentação de práticas assistenciais.
9. Insuficiência dos serviços de retaguarda pós-hospitalar (atenção domiciliar e reabilitação).

Quadro 1 – Causas da superlotação dos serviços de urgência e emergência dos grandes hospitais no Brasil

Fonte: Santos, J. S. et al (2003) e Brasil (2004f).

Foi somente em meados da década de 1990 que foi publicada resolução do Conselho Federal de Medicina (1995) determinando as normas mínimas para composição e funcionamento de serviços de pronto-socorro públicos e privados do país. Esta resolução traz as definições de urgência (“a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”) e de emergência (“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”). Nesta mesma época, foram lançadas as primeiras estratégias assistenciais e políticas públicas ministeriais voltadas à difusão de conceitos, diretrizes e práticas na área de assistência às urgências e emergências. Como marco inicial pode-se citar a implantação em algumas regiões metropolitanas do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – Samu – nos moldes do modelo franco-germânico de atenção às urgências. A partir de então o Ministério da Saúde (MS) passa a

desenvolver uma série de programas e políticas com o objetivo de estruturar um sistema de atenção específico para urgências e emergências, culminando no lançamento da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e do Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, em 2003 (BRASIL, 1999, 2001a, 2002, 2003a, 2003b, 2003c).

Em 2004, o MS lança a Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Qualisus – com o objetivo primordial, de acordo com o seu documento oficial, “de elevar o nível de qualidade da assistência à saúde prestada à população pelo SUS, gerando maior satisfação do usuário com o sistema e legitimação da política de saúde desenvolvida no país” (BRASIL, 2004f, p. 7). Foi, portanto, a primeira política ministerial a explorar o tema da qualidade em saúde. Assumindo a polissemia no termo, os formuladores da Política Qualisus basearam-se na definição qualidade da atenção à saúde como sendo:

O reflexo do conjunto de intervenções que resultam na redução do risco de adoecimento e morte, na assistência à saúde adequada à complexidade de cada caso, no atendimento digno à condição humana que levam aos melhores resultados e na satisfação da população com o sistema de saúde (BRASIL, 2004f, p. 7).

Na sua proposta, a Política Qualisus se configurava como uma política transversal, envolvendo os programas e as demais políticas ministeriais na formulação e execução de propostas de melhoria de qualidade de alto impacto em grandes problemas contemporâneos da assistência à saúde. Desse modo, com base em pesquisas de opinião, como as promovidas pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS (2003) e pela Fundação Oswaldo Cruz (GOUVEIA et al., 2005) e em acontecimentos de repercussão nacional ocorridos na cidade do Rio de Janeiro (BITTENCOURT; HORTALE, 2007), decidiu-se eleger como ponto de partida para a atuação da Política Qualisus os SUE dos grandes hospitais das regiões metropolitanas em todo o país, uma vez que estes se constituíam como “a maior fragilidade assistencial, no âmbito hospitalar, do SUS” (BRASIL, 2004f, p. 11). De início, foram escolhidas para a implantação da política quatro regiões metropolitanas do país, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Goiânia e Recife, com plano para extensão às demais regiões metropolitanas após acúmulo de experiências e sedimentação da formulação das propostas. Em cada município-sede, foram selecionados hospitais de papel relevante dentro do sistema de saúde local (BRASIL, 2004f; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b).

A Política Qualisus, desse modo, passava a aplicar conceitos e tecnologias organizacionais presentes na Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2006f) sobre a estrutura organizacional-funcional do sistema de urgências e emergências prevista pela PNAU (BRASIL, 2003a). Assim, incluía investimentos para implantação e/ou melhoria de unidades do Samu, centrais de regulação médica, leitos não hospitalares de urgência e de retaguarda, serviços de atenção domiciliar e serviços de urgência e emergência hospitalares. Para estes, estavam previstos investimentos em equipamentos e infra-estrutura, na formação e valorização dos trabalhadores, além da introdução de novas tecnologias organizacionais de atenção e de novos modelos de gestão nos SUE. As linhas de ação para atuação nos hospitais reuniam-se em cinco eixos: (I) Acolhimento, ambiência e direitos dos usuários; (II) Resolução diagnóstica e terapêutica; (III) Responsabilização e garantia de continuidade do cuidado; (IV) Aprimoramento e democratização da gestão e (V) Inserção do hospital no sistema de urgência e emergência. Esta política previa a participação do MS na proposição, estímulo e acompanhamento, cabendo a sua execução aos estados e municípios (BRASIL, 2004f; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b).

De acordo com o inicialmente planejado, a implantação das ações da Política Qualisus dentro dos hospitais seria capitaneada por uma comissão constituída por profissionais ligados ao SUE e à direção da cada hospital, assessoradas por consultores contratados pelo MS especificamente para este fim. Estes consultores seriam procedentes de outro estado e visitariam os hospitais regularmente, uma ou duas vezes por mês, permanecendo dois ou três dias no local. Para a implantação das inovações, seria aconselhado o emprego do enfoque estratégico de planejamento, metodologia que leva em conta as dimensões humana e política nos processos de planejamento e gestão (BRASIL, 2004f; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b). Nesta metodologia, os indivíduos são vistos como atores políticos, individuais ou coletivos, em face do poder que detêm, da capacidade de organização e de seus projetos políticos, tendo em vista a complexidade e a incerteza dos processos no âmbito da gestão hospitalar pública, onde há baixa governabilidade nas suas organizações (AZEVEDO, 2002). Durante todo o processo de implantação, as secretarias estaduais e municipais de saúde desempenhariam as funções de estruturar a rede metropolitana de urgência e emergência, contratar recursos humanos quando necessário e garantir o funcionamento dos hospitais através do suprimento de insumos, entre outras (BRASIL, 2004f; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b).

Vemo-nos assim diante de um processo de implantação de uma inovação complexa (política de melhoria de qualidade) em organizações complexas (serviços de urgência e emergência hospitalares), fundamentalmente públicas, envolvendo atores diversos (individuais e coletivos), tanto no interior (profissionais, diretores, consultores), como no exterior dos hospitais (MS, SES, demais componentes do sistema de urgência e emergência), sob influência de contextos internos (organização e gestão hospitalares) e externos (baixa resolutividade da rede de assistência, superlotação). Todos estes fatores agindo em conjunto, determinando e influenciando a variação da implantação da inovação, assim como dos seus resultados. Este cenário é relevante e oportuno para a realização de estudo avaliativo, do tipo análise de implantação, o qual contempla os processos envolvidos na produção das mudanças (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Os conhecimentos revelados por este estudo poderão servir aos gestores da política no auxílio à tomada de decisão no tocante a mudanças ou ajustes necessários à sua implantação. Este estudo ainda contribui para evidenciar a necessidade de institucionalização da prática da Avaliação em Saúde, principalmente o emprego e desenvolvimento de metodologias qualitativas, como o estudo de caso.

2 PRESSUPOSTO E OBJETIVOS

O pressuposto teórico que se apresenta para esta pesquisa é:

- O grau de implantação da Política Qualisus é condicionado pelo contexto organizacional de cada hospital.

2.1 Objetivo Geral.

Realizar a análise de implantação da Política Qualisus em três hospitais gerais do município do Recife, Pernambuco, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006.

2.2 Objetivos Específicos.

- a) Descrever a implantação da Política no Estado de Pernambuco.
- b) Estimar o grau de implantação da Política nos três hospitais, por meio da avaliação normativa de estrutura e processos.
- c) Discutir a influência do contexto organizacional sobre o grau de implantação da Política nos três hospitais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nessa sessão serão discutidos a concepção, o desenvolvimento e a atual crise que passam os sistemas de atenção às urgências e emergências em nível local e mundial. Com base nos conceitos de qualidade e melhoria da qualidade da assistência à saúde, serão abordados os fundamentos e estratégias de programas e políticas dirigidos às urgências e emergências, principalmente no que diz respeito à Política Qualisus, tema deste estudo. Por fim, serão visitados tópicos referentes à pesquisa avaliativa e, de modo específico, os relacionados às análises de implantação de programas.

3.1 Os sistemas de atenção às urgências e emergências: origens e crise

A organização de sistemas específicos de atenção a urgências e emergências é um fenômeno recente na história dos sistemas de saúde em todo o mundo, originário da própria necessidade de tornar efetivos a promoção e o cuidado à saúde de modo amplo. Apesar deste curto período de tempo, pela expressiva experiência acumulada verifica-se facilmente que esta não é das tarefas mais fáceis entre as enfrentadas pelos gestores de saúde. No Brasil, as dificuldades são semelhantes, porém, agravadas pelo fato de ainda possuir um sistema de saúde em construção, onde a atenção às urgências e emergências parece ter sido negligenciada durante muito tempo.

3.1.1 No Mundo Ocidental

A prática do cuidado de urgência e emergência é tão antiga quanto a própria medicina. Já o conceito de um sistema de atenção a urgências e emergências (SAUE) é recente, a partir da Segunda Grande Guerra na Europa, e do início da década de 1970 nos EUA. Há diferenças consideráveis entre os dois sistemas. No americano, os SAUE são regionalizados e constituídos basicamente por dois componentes: o hospitalar, representado pelos SUE propriamente ditos (*Emergency Medicine*), e um componente pré-hospitalar, os denominados Serviços Médicos de Emergência (*Emergency Medical Services*), compostos por equipes de

profissionais não médicos especializados, que prestam atendimento por meio de ambulâncias no local da ocorrência. A atuação de médicos se restringe aos hospitais e a especialidade de médico emergencista é reconhecida. Este modelo, denominado *anglo-americano*, também é adotado pelo Reino Unido e por outros países de influência britânica, como Canadá, Austrália e Nova Zelândia (DYKSTRA, 1997).

Em contraste com o sistema anglo-americano, o SAUE que ocorre na Europa continental, denominado *franco-germânico*, caracteriza-se por limitar a entidade clínica “Medicina de Emergência” exclusivamente ao componente pré-hospitalar. Ou seja, as equipes multiprofissionais que prestam atendimentos no local são comandadas por médicos, na maioria das vezes anestesiólogos, devidamente capacitados para o cuidado de urgência. No modelo franco-germânico, a Medicina de Emergência é considerada uma atividade interdisciplinar, que não requer formação especializada. O componente hospitalar praticamente inexistente, pois são poucos os hospitais que comportam serviços específicos de urgências e emergências (DYKSTRA, 1997).

Desde o início da década de 1980, os SAUE de todo o mundo vêm passando por crise, manifestada pelo fenômeno da “superlotação” (COOKE et al., 2004; GUO; HARSTALL, 2006; INSTITUTE OF MEDICINE, 2006a; ROWE et al., 2006). Esse termo é utilizado por norte-americanos e canadenses (*overcrowding*) para definir a situação onde a demanda excede a capacidade de oferta de cuidado de qualidade por um serviço de urgência, em tempo hábil (CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2007). Na Austrália, é também empregado o termo “bloqueio de acesso” (*access block*), definido como a proporção de pacientes que permaneceram por mais de oito horas no setor de urgência antes de sua alta, internamento, transferência ou óbito (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2004). Já os britânicos preferem usar como indicador a “espera excessiva” (*excessive wait*), ou seja, o período de tempo maior que quatro horas para atendimento em um serviço de urgência (COOKE et al., 2004).

Os motivos para a atual crise dos SAUE são múltiplos e diversos, inerentes ao próprio imperativo desses sistemas em ter que atender usuários de condições sócio-econômicas variadas, apresentando agravos agudos e doenças de natureza imprevisível, de modo contínuo, 24 horas por dia e 365 dias por ano, sem marcação de consulta. A literatura sobre o assunto é vasta, oriunda principalmente de países que adotam o modelo anglo-americano. Dentre os

principais fatores determinantes da superlotação dos SUE, podem ser citados (DERLET; RICHARDS, 2000; GUO; HARSTALL, 2006):

- Aumento da demanda e da complexidade de ocorrências agudas, em grande parte devido ao envelhecimento populacional – o perfil atual das ocorrências em um SUE é composto por traumas de gravidade variável e de episódios agudos de doenças crônicas, os quais demandam maior dedicação e atenção por parte dos profissionais de saúde e investigação complementar mais complexa; nos EUA houve aumento de 26% dessa demanda durante a década de 1990 (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2004; CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS ; NATIONAL EMERGENCY NURSES AFFILIATION, 2000; CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS; NATIONAL EMERGENCY NURSES AFFILIATION, 2000; INSTITUTE OF MEDICINE, 2006b).
- Insuficiência quantitativa de leitos hospitalares para enfermidades agudas - nos EUA durante a década de 1990 houve diminuição de 9% do número de SUE e de 198 mil leitos hospitalares (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006b); o sistema de saúde australiano sofreu restrição de 15% de seus leitos hospitalares nos entre as décadas de 1990 e 2000, conseqüentemente a restrições orçamentárias (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2004). No Canadá a restrição foi de 40% entre os ano de 1995 e 2000 (CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS ; NATIONAL EMERGENCY NURSES AFFILIATION, 2000).
- Déficit de profissionais de saúde – sobretudo de médicos e enfermeiros – o déficit esperado de 33 mil enfermeiros na Austrália foi um dos motivos para o fechamento de leitos hospitalares (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2004); contribui para a essa escassez a fuga de profissionais habilitados em atendimento de emergência devido ao ambiente de trabalho estressante (CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS ; NATIONAL EMERGENCY NURSES AFFILIATION, 2000).

Outras causas não menos importantes são a dificuldade de acesso dos usuários à atenção básica, tanto para consultas como para a realização de exames complementares de maior complexidade (CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS ;

NATIONAL EMERGENCY NURSES AFFILIATION, 2000) e a demanda de usuários com problemas de saúde não-urgentes – cerca de 60% no Canadá em 2003 e 2004 (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2005). Há controvérsias sobre este último tópico, já que alguns autores defendem que os usuários não-urgentes não chegam a representar carga de trabalho considerável, por não exigirem a atenção de profissionais de saúde e não ocuparem leitos hospitalares por períodos prolongados (CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2007).

Quaisquer que sejam as causas da superlotação dos SUE, fica evidente a consequência negativa que provoca na qualidade do cuidado ofertado ao paciente, sob aspectos variados (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2004; CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS ; NATIONAL EMERGENCY NURSES AFFILIATION, 2000; GUO; HARSTALL, 2006; KELLERMANN, 2006):

- Maior carga de trabalho para os profissionais e trabalhadores de saúde, causando insatisfação, aumento do risco de erros e eventos adversos no cuidado, além de interferência na educação dos profissionais em formação.
- Extrapolação da capacidade de acomodação dos usuários no SUE, que passam a ocupar áreas não apropriadas, como corredores e consultórios, interferindo na sua dignidade e privacidade e na produtividade do serviço.
- Aumento do tempo de espera para atendimento e aumento do tempo de tratamento, causando insatisfação, queda da produtividade do serviço e interferência na efetividade do cuidado, especialmente quando o fator tempo é essencial, como, por exemplo, no caso do atendimento de pacientes com doença coronariana.
- Maior utilização de ambulâncias para transporte de usuários entre unidades de saúde, interferindo na produtividade desse serviço.
- Fuga de profissionais de saúde dos SUE, conseqüente às más condições de trabalho e ao maior risco de processos judiciais por erros profissionais.

Existem na literatura várias propostas, estratégias e recomendações para solucionar o problema da superlotação dos SUE em todo o mundo, a maior parte advinda de países que adotam o modelo anglo-americano de SAUE. Porém, ainda há escassez de evidências cientificamente embasadas, pois a realização de estudos de intervenção é dificultada pela complexidade na elaboração de desenhos metodológicos para intervenções desse tipo, e por obstáculos de cunho ético (COOKE et al., 2004; GUO; HARSTALL, 2006; ROWE et al., 2006). Como alternativa, foram desenvolvidos modelos conceituais na tentativa de identificar causas da superlotação e elaborar estratégias para sua redução. Os modelos mais difundidos enfocam a sucessão de processos que ocorrem nos SUE (ASPLIN et al., 2003; FATOVICH, 2002): os *processos de entrada* são os que interferem na quantidade de pacientes admitidos no SUE; os *processos próprios do SUE*, relacionados às tomadas de decisão médicas; os *processos de saída*, que afetam o fluxo dos pacientes para internamento, transferência ou alta hospitalar. O Quadro 2 traz exemplos cada um desses componentes.

Processos de Entrada	Processos próprios do SUE	Processos de Saída
<ul style="list-style-type: none"> - Transporte por ambulância. - Encaminhamento de serviço de atenção básica. - Encaminhamento de médico especialista. - Auto-referência. - Encaminhamento de outros hospitais. - Desastres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Triagem. - Avaliação inicial. - Tratamento inicial. - Exame clínico e observação. - Investigação laboratorial. - Estabilização e tratamento. - Plano de tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Internamento. - Encaminhamento a serviço de atenção básica. - Encaminhamento a especialista. - Encaminhamento a outros serviços de saúde. - Transporte por ambulância. - Evasão. - Alta. - Óbito.

Quadro 2 – Componentes do fluxo de pacientes em um serviço de urgência e emergência.
Fonte: modificado de Fatovich (2002) e Asplin et al (2003).

Cooke et al (2004), em revisão sistemática realizada para o sistema de saúde britânico, encontraram 109 estudos publicados sobre intervenções com objetivo de reduzir a utilização de SUE e o tempo de espera para atendimento. A comparação entre os estudos foi dificultada pela falta de uniformidade entre as definições de “superlotação”, “atrasos” e “tempos de espera”. Foram poucas as intervenções consideradas efetivas com base em evidências obtidas a partir de ensaios clínicos randomizados. Por exemplo:

- A realização de exames laboratoriais no próprio SUE (*point-of-care testing, POCT*) diminuiu o tempo de espera para resultados.
- A implantação de serviços de pronto-atendimento para doenças e acidentes de menor gravidade (*fast-track systems*) diminuiu a utilização dos SUE.
- Algumas estratégias, como a realização de visitas domésticas por profissionais de saúde e de campanhas de prevenção de acidentes (quedas, por exemplo) na comunidade, também serviram para reduzir a demanda pelos SUE.

Outras intervenções, apesar de se mostraram efetivas, ainda deixaram dúvidas quanto à segurança dos usuários, como, por exemplo, a implantação de sistema de triagem para atendimento na atenção básica (*primary gate keeping*), ou no próprio SUE.

Em outra revisão sistemática sobre estratégias para redução da superlotação dos SUE realizada por agência de avaliação de saúde canadense, foram selecionados 12 estudos com desenho metodológico adequado: três ensaios clínicos randomizados e 9 estudos antes-depois (GUO; HARSTALL, 2006). Nenhum deles chegou a reunir evidências suficientes sobre sua efetividade, porém algumas estratégias se mostraram promissoras, como:

- A regulação à distância da distribuição de usuários por ambulância conforme o grau de utilização dos serviços da rede local de atenção à saúde.
- A reprogramação de recursos humanos do SUE com base em análise de formação de fila de espera (*queueing analysis*).
- A implantação de equipe multidisciplinar no SUE.

- A presença de médico da equipe na triagem e durante o período noturno.
- A implantação de laboratório de análises no próprio SUE.
- O emprego de enfermeiros no atendimento e investigação iniciais, com base em normalizações e fluxogramas de decisão.

Outra revisão sistemática realizada por órgão de avaliação canadense (ROWE et al., 2006) corrobora com o conceito de que, a despeito da grande quantidade de estratégias e intervenções publicadas, há pouca evidência reunida sobre a efetividade destas na redução da superlotação de SUE. Lembra, entretanto, que há possibilidade de vieses nesse tipo de revisão, pois intervenções de resultado positivo são mais propensas a serem publicadas. Ainda, experiências bem sucedidas podem não ter sido divulgadas na forma de pesquisas científicas. Os resultados encontrados nessa revisão sistemática não são diferentes dos demais estudos citados anteriormente. As estratégias apontadas como efetivas giram em torno (1) da implantação de unidades especiais para atendimento dos casos de menor gravidade, (2) da regulação remota da distribuição de usuários através de ambulâncias, (3) da readequação da quantidade e qualidade do estafe de profissionais dentro dos SUE e (4) de mudanças complexas no sistema de saúde como um todo.

Como mostram as evidências internacionais, as causas para a crise mundial dos SAUE são múltiplas e complexas, e com poucas perspectivas de resolução no curto prazo. Possíveis saídas para esta crise passam obrigatoriamente por intervenções profundas, como a reorganização estrutural e funcional dos SUE, incluindo implantação de inovações e readequação do trabalho, assim como mudanças nos sistemas de saúde como um todo, uma vez que a atenção às urgências e emergência representa um papel essencial na sua dinâmica. O mesmo vale para o Brasil, que, apesar de contar com um sistema de saúde jovem quando comparado aos de outros países da América do Norte e Europa, apresenta problemas semelhantes no seu SAUE, embora desenvolvidos por caminhos diferentes.

3.1.2 No Brasil

3.1.2.1 O SUS e a atenção às urgências e emergências

A Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988 (BRASIL, 2006g) incorpora conceitos e princípios propostos pelo movimento de Reforma Sanitária, entre eles a criação de um Sistema Único de Saúde descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento de modo integral e participação ativa da comunidade, inclusive nos processos decisórios. O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, e tem ainda como princípios organizacionais a regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado.

A implantação do SUS na década seguinte se procedeu por meio da instituição das Normas Operacionais Básicas (NOB). O processo de descentralização (municipalização) foi iniciado pela definição da estrutura organizacional e de financiamento e pela reorganização do modelo assistencial, com priorização da atenção básica. Entretanto, todo esse processo ocorreu de forma muito rápida, desacompanhada de um suporte financeiro necessário e de uma adequada reestruturação da rede regional da assistência. Em 2001 foi instituída a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), reeditada em 2002, a qual trouxe inovações organizacionais e gerenciais com o intuito de reforçar o processo de municipalização. Mesmo assim, a implantação das redes de atenção encontrou obstáculos de difícil transposição, sobretudo em relação à regionalização das ações (BRASIL, 2006g).

Entre todas as dificuldades encontradas na efetivação das diretrizes do SUS, os SUE são seguramente os que apresentam menor grau de descentralização e hierarquização quando comparado a outros setores do sistema. Mantêm a mesma estrutura hospitalocêntrica característica das décadas de 1960 a 1980, cuja principal consequência se faz sentir na desigualdade do acesso. Esta estrutura arcaica acaba absorvendo a clientela não atendida de outros níveis de atenção, contribuindo para a perpetuação das distorções crônicas da atenção à saúde. Duas décadas após a implantação do SUS, o cenário relativo à atenção das urgências e

emergências pode ser assim descrito (BRASIL, 2006g; CECÍLIO, 1997; SANTOS, J. S. et al., 2003):

- *Não integração da atenção* – baixa articulação entre ações com vistas à educação em saúde, proteção contra riscos e agentes agressores conhecidos, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas – representada pela elevação da incidência de atropelamentos, do aumento da ocorrência de casos de trabalho de parto prematuro, avanço da morbimortalidade de doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, asma, entre outras).
- *Modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos* - oferta de serviços de alta densidade tecnológica.
- *Baixo acolhimento de casos agudos de menor complexidade na atenção básica* – a atenção básica permanece influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, que é voltada para ações preventivas e programáticas – o acolhimento ou atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade é deficiente, levando à vinculação precária da clientela com os serviços; os usuários acabam recorrendo sistematicamente aos SUE, onde são prescritos tratamentos meramente sintomáticos, prejudicando o seguimento adequado de doenças crônicas de alto potencial de morbidade.
- *Insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade* – a rede de serviços de pronto-atendimento, concebida para atender à demanda de casos agudos de baixa complexidade não acolhidos pela rede básica, não está equipada com recursos diagnósticos e terapêuticos apropriados para a resolução de casos de maior complexidade.
- *Aumento da demanda nas portas de entrada da alta complexidade* – usuários acometidos por agravos de urgência de qualquer gravidade ou complexidade acabam buscando socorro em serviços maiores. A falta de legislação específica sobre SUE nos primeiros anos do SUS levou os municípios de pequeno porte, ao invés de promoverem a resolutividade dos serviços locais, a optarem pelo desenvolvimento de sistemas de transporte em ambulâncias para derivação de usuários até serviços de alta complexidade de municípios maiores. Haja vista a existência da modalidade de custeio denominada Tratamento Fora do Domicílio (TFD), um instrumento legal que permite o

encaminhamento de pacientes a outras unidades de saúde a fim de realizar tratamento médico fora de sua microrregião (BRASIL, 1999).

- *Insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e de retaguarda para as urgências em serviços menores* – apesar do excesso de demanda observado em hospitais de médio e grande porte, a taxa de ocupação dos hospitais de pequeno porte no país não atinge os 50% em média.
- *Deficiências estruturais da rede assistencial* – as áreas físicas e equipamentos de pronto-socorros hospitalares e serviços de urgência não hospitalares são inadequados e insuficientes; a organização vertical e a informalidade predominante do vínculo de trabalho atraem profissionais inabilitados para a atenção às urgências.
- *Inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores* – o despreparo profissional está associado à deficiência da formação profissional, que desconsidera a importância da atenção às urgências.
- *Incipiência nos mecanismos de referência e contra-referência* – a interligação e hierarquização insuficientes entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário contribuem para tornar os SUE dos grandes hospitais das regiões metropolitanas as verdadeiras portas de entrada do sistema de saúde.

3.1.2.2 *O desenvolvimento de um sistema brasileiro de atenção às urgências e emergências*

Foi somente a partir de meados da década de 1990 que surgiram as primeiras iniciativas ministeriais para a organização de um SAUE como sub-componente devidamente inserido e de importância para o SUS. Até então, só havia experiências locais ou loco-regionais, originárias notadamente de iniciativas de governos municipais. Em 1995, a partir uma parceria do Ministério da Saúde com o governo francês, foi implantado em algumas cidades de grande porte o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). O Samu brasileiro foi inspirado no componente pré-hospitalar do modelo franco-germânico, no qual equipes multidisciplinares chefiadas por médicos são responsáveis pelo atendimento in loco de

chamados de urgência e emergência, deslocando-se em ambulâncias devidamente equipadas. A atuação dessas equipes seria orientada por uma central telefônica, responsável pela regulação do sistema, ou seja, o recebimento e triagem dos chamados e pela decisão de continuidade do tratamento, indicando o internamento hospitalar nos casos mais complexos (SANTOS, J. S. et al., 2003; TANNEBAUM et al., 2001).

O Samu teve sua atividade normalizada em 1999 (BRASIL, 1999), e a partir de então passou a ser implantado gradualmente em outras cidades, coexistindo, porém, de modo desarticulado, com modelos mais antigos de atendimento pré-hospitalar, como os serviços de resgate de rodovias privatizadas, do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar. Em 1998, o MS havia lançado a Portaria 2.925 (BRASIL, 1998) criando mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, e estabelecendo critérios para inclusão de hospitais com base em área física, disponibilidade de serviços de diagnóstico e terapêutica e de equipes de especialidades. Em 2001, o MS aprovou através da Portaria 737 (BRASIL, 2001a) a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, com objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade por acidentes e violências no País mediante o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas envolvendo a atenção às urgências e emergências.

Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência através da Portaria no. 2.048 (BRASIL, 2002), estabelecendo os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, suas normas de funcionamento, classificação e critérios para a habilitação dos serviços que compõem os Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências:

- *Componente Pré-hospitalar fixo:* unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências.

- *Componente Pré-Hospitalar Móvel:* Samu e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica.

- *Componente Hospitalar*: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais e de referência, leitos de retaguarda, de longa permanência e de terapia semi-intensiva e intensiva.
- *Componente Pós-Hospitalar*: modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral e com base comunitária.

O Regulamento instituiu ainda a denominada Central de Regulação Médica, o Transporte Inter-Hospitalar e a criação de Núcleos de Educação em Urgência com o objetivo de capacitar recursos humanos da área. Recomendava o emprego de acolhimento com triagem classificatória de acordo com a gravidade, assim como o redirecionamento do usuário para um dos componentes do sistema de saúde. Sugeriu a integração das várias centrais médicas de regulação de fluxo de urgências, de leitos hospitalares, de marcação de consultas e exames, assim como com outras instituições, como as polícias militares e defesa civil (BRASIL, 2002).

Dando seguimento à organização de um sistema nacional de atenção às urgências e emergências, no ano seguinte o MS instituiu através da Portaria 1.863 a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), composta pelos sistemas estaduais, regionais e municipais. Esta política orientava a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências a partir dos componentes definidos para os sistemas estaduais. Encaminhava ainda a instalação e operação das centrais de regulação, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS, a capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, e a orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção (BRASIL, 2003a).

Através da Portaria no. 1.864 (BRASIL, 2003b), o MS instituiu o componente pré-hospitalar móvel da PNAU, por intermédio da implantação de serviços móveis (Samu) em municípios e regiões de todo o território brasileiro como primeira etapa para sua implantação. Definiu ainda: o financiamento para investimento e custeio, bem como as suas normas para emprego em recursos humanos, físicos e materiais, critérios de avaliação das ações; a padronização de veículos e equipamentos. Com a Portaria 2.072 (BRASIL, 2003c) foi instituído o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, composto por representantes das diversas secretarias e departamentos do ministério, conselhos, agências reguladoras, instituições

relacionadas, associações médicas e outros ministérios, com papéis de elaboração, assessoramento, proposição, articulação, avaliação de diretrizes e ações relativas à PNAU. Por fim, a Portaria no. 2.657 (BRASIL, 2004e) estabeleceu as atribuições das centrais de regulação (denominadas Centrais de Regulação Médicas de Urgência – CRMU) e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais de Samu.

O assim chamado sistema brasileiro de atenção às urgências e emergências é, por fim, um modelo híbrido, associando características dos modelos franco-germânico e anglo-americano (TANNEBAUM et al., 2001). Seu componente pré-hospitalar é fortemente inspirado no modelo francês, com a presença de equipes chefiadas por médicos, prestando atendimento em ambulâncias às chamadas de urgência *in loco* e coordenadas por uma central de regulação, responsável pela triagem e continuidade do tratamento em qualquer um dos componentes da rede de assistência à saúde. O componente hospitalar por sua vez, é formado por serviços estruturados para o recebimento de casos de urgência, tal como nos sistemas americanos, inclusive em algumas situações com a aplicação de normalizações assistenciais (*Advanced Cardiac Life Support – ACLS, Advanced Trauma Life Support – ATLS, Pediatric Advanced Life Support – PALS, Basic Life Support – BLS*). Contraditoriamente, a Emergência Médica em geral não é vista como especialidade, o que leva a um baixo grau de exigência para habilidades específicas do atendimento de urgência por parte dos profissionais que trabalham nos SUE (SANTOS, J. S. et al., 2003).

3.2 Qualidade da atenção à saúde

Como visto, uma das principais conseqüências da crise que os SAUE enfrentam em todo o mundo, inclusive no Brasil, é a queda da qualidade da assistência à saúde, que pode ser traduzida por maneiras diversas: pela diminuição da efetividade do cuidado, da produtividade e da eficiência dos sistemas de saúde, pela insatisfação de usuários e de profissionais de saúde, entre outras. Esta sub-sessão encarrega-se de discutir a qualidade, considerando suas definições, abrangência, limites e aplicabilidade no campo da saúde. Ainda, apresenta e discute as diferentes estratégias de melhoria da qualidade no âmbito da atenção à saúde.

3.2.1 Definições.

O termo *qualidade* é de definição imprecisa quando empregado na produção de bens e serviços. Pode se referir a um juízo, como “ausência de defeitos”, ou a características objetivas de um produto, como suas propriedades sensíveis e mensuráveis. Ou ainda, qualidade pode se relacionar à adequação das propriedades do produto às necessidades ou expectativas de alguém, no caso, do consumidor (MEZOMO, 2001). A preocupação com a qualidade de serviços e produtos surgiu no início do século passado dentro do meio industrial americano (CAMARGO, 1998; MALIK; SCHIESARI, 1998; NOGUEIRA, 1994). Os gráficos de controle de W. A. Shewhart, inicialmente desenvolvidos para identificação de falhas em linhas de montagem, foram utilizados com sucesso durante a II Guerra Mundial no monitoramento da produção de suprimentos militares. Entretanto, foi no Japão no período pós-guerra que o controle da qualidade ganhou impulso, quando um grupo de gerentes industriais daquele país convidou o norte-americano W. E. Deming para assessorá-los na aplicação de métodos estatísticos. O trabalho de Deming, associado ao de outro norte-americano, J. M. Juran, evidenciou a importância do processo de produção como determinante da qualidade do bem ou do serviço final. Ao mesmo tempo, o químico japonês K. Ishikawa introduzia instrumentos inovadores de controle da qualidade, como os *círculos de controle*, as *sete ferramentas* e o *diagrama em espinha de peixe* (ou diagrama de Ishikawa). É dele também a concepção de qualidade como filosofia de gestão, por meio da participação de todos os funcionários da organização. Os norte-americanos P. B. Crosby, A. M. Feingenbaum foram além, desenvolvendo o conceito de *Controle Total da Qualidade*, no qual a organização é gerida com base em indicadores de qualidade, entre eles a satisfação do cliente (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Atualmente, a maioria dos autores identifica três elementos subjetivos da qualidade, no contexto das indústrias e serviços (MEZOMO, 2001; NOGUEIRA, 1994):

- (1) A adoção de *padrões* ou *especificações técnicas* com o fim de manter as propriedades do produto, *diminuindo sua variabilidade*.
- (2) A preocupação na *satisfação das demandas e necessidades não declaradas*, porém previsíveis, *dos consumidores*.

(3) A adoção dessas orientações pela *totalidade* da organização, envolvendo gerência, técnicos e trabalhadores.

O conceito de qualidade pode ser aplicado também na área de saúde, porém, não sem dificuldades, uma vez que (NOGUEIRA, 1994):

- Uma das principais alavancas de programas de qualidade está ausente na área do cuidado à saúde: o mercado de saúde, quando comparado a outras áreas, tem nível baixo de competitividade.
- A padronização dos processos é mais difícil, pois os procedimentos clínicos são adequados para cada usuário.
- As equipes de trabalho são extremamente heterogêneas, envolvendo profissionais de diversas formações e com níveis de qualificação distintos, o que resulta em conflito de interesses e motivações.
- O usuário de saúde não detém os conhecimentos técnicos suficientes para avaliar a adequação do serviço às suas necessidades, desejos, expectativas e valores.

De fato, assim como na indústria, não há ainda uma definição de qualidade em saúde plenamente satisfatória. Há predomínio de conceitos genéricos, que incluem “profissionais de renomado saber”, atuando dentro dos limites do “saber científico”, com “relação médico-paciente satisfatória”, abordando o paciente em sua “totalidade”. Avedis Donabedian¹ foi um dos primeiros pensadores a explorar a complexidade do tema da qualidade em saúde dentro da perspectiva da gestão da qualidade, ou seja, abrangendo o monitoramento do desempenho clínico com vistas à melhora da qualidade (MALIK; SCHIESARI, 1998). Define a *qualidade* como:

¹ Avedis Donabedian, médico sanitário libanês de origem armênia. Nascido em Beirute em 1919, morreu no ano 2000, nos E.U.A., onde fez carreira como professor da Universidade de Michigan (SUÑOL, 2000).

A propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos graus ou níveis – esta propriedade pode ser definida como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes (MEZOMO, 2001; p. 73).

De início, Donabedian (1992) identificou três dimensões da qualidade em saúde:

- Técnica: a aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do paciente.
- Interpessoal: as relações entre os profissionais e o paciente.
- Ambiental: as comodidades oferecidas ao paciente em termos de conforto e bem-estar.

Posteriormente, ampliou o seu conceito, determinando “os sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, AVEDIS, 1990).

Percebe-se que a definição de qualidade de Donabedian parte do cuidado médico ou de saúde prestado em nível individual, fato criticado por alguns autores. Campbell et al (2000), por exemplo, distinguem o significado de qualidade prestado individualmente, explorado por Donabedian, do prestado coletivamente. Definem como qualidade da saúde de indivíduos o grau de acesso aos processos de saúde que os próprios necessitam, associado ao grau de efetividade do cuidado recebido. Já a qualidade da saúde de populações significa a capacidade do acesso ao cuidado efetivo, de modo eficiente e equitativo, possibilitando a otimização do bem-estar para toda a população.

Já o médico norte-americano D. M. Berwick (1994) passa ao largo dos postulados de Donabedian ao aplicar de modo mais direto os conceitos de qualidade utilizados na indústria, oferecendo exemplos da aplicação das suas ferramentas. Defende que a atenção à saúde não mais depende exclusivamente do médico como em outras épocas, embora este mantenha sua parcela de responsabilidade. Assim como na indústria, a qualidade da prestação de serviços de saúde está mais associada à estrutura e funcionamento do sistema organizacional do que à própria ação individual do trabalhador.

A obra de Donabedian (1988) inclui ainda o desenvolvimento de uma matriz conceitual que serve de base para a avaliação da qualidade em saúde: a tríade estrutura, processo e resultado. A *estrutura* relaciona-se às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde – recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; disponibilidade de equipamentos, organização dos serviços, capacidade dos profissionais de saúde. O *processo*, a todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, com bases em padrões aceitos – aspectos técnicos, administrativos, éticos e da relação entre médico-profissional-equipe de saúde e paciente. Por fim, o *resultado*, ou seja, o produto final da assistência prestada – saúde, satisfação de padrões e expectativas.

No seu referencial teórico, a política Qualisus adotou o conceito amplo de saúde estabelecido na VIII Conferência Nacional de Saúde: o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Desse modo, a qualidade do cuidado à saúde para a política Qualisus é definida como o reflexo do conjunto de intervenções que resultam em (BRASIL, 2004f):

- Redução do risco de adoecimento e morte.
- Assistência à saúde adequada à complexidade de cada caso.
- Atendimento digno à condição humana que levam aos melhores resultados.
- Satisfação da população com o sistema de saúde.

3.2.2 Estratégias de melhoria da qualidade da atenção à saúde

A iniciativa da melhoria da qualidade da atenção à saúde partiu dos próprios hospitais e organizações prestadoras de serviços de saúde, notadamente os oriundos do setor privado. Desse modo, grande parte das abordagens atualmente existentes é derivada das experiências da indústria, que se orientam pela satisfação do cliente. Essas estratégias variam quanto à

amplitude, podendo focalizar apenas setores específicos da organização ou ela como um todo. Como exemplo de estratégia simples de melhoria da qualidade aplicada à saúde pode-se citar a *melhoria de processos*, a qual, com o objetivo de solucionar problemas organizacionais definidos, utiliza-se de ferramentas metodológicas elementares. Uma dessas é o ciclo de Shewhart, ou ciclo PDCA, que envolve o planejamento da intervenção (*plan*), seu desenvolvimento (*do*), o controle e avaliação dos resultados obtidos (*check*) e a atuação corretiva (*action*), a qual serve de base para planejamento de nova intervenção (NOVAES, 2000; SANTOS, P. R. G., 2002).

A organização pode decidir-se pela implantação de um *sistema de garantia (ou gestão) da qualidade*, no qual a melhoria é direcionada a todas as suas áreas, de modo integrado e global. Esses sistemas costumam se lastrear em normas ou padrões estabelecidos de serviços ou processos. A ISO (*International Organization for Standardization*), por exemplo, é uma organização internacional sediada em Genebra, Suíça, responsável pela elaboração de normas organizacionais de aplicação internacional, inclusive na área de saúde. Conta com a participação de mais de 150 países, inclusive o Brasil (INTERNATIONAL STANDARDIZATION ORGANIZATION, 2008). As normas ISO 9000, assim como suas reedições e revisões, tratam da gestão da qualidade. A organização que implanta um sistema de gestão da qualidade baseada nas normas ISO deve contratar uma empresa auditora credenciada para obter um certificado de conformidade, com vigência por três anos, podendo ser revalidado (SANTOS, P. R. G., 2002).

Outro modelo de certificação de sistemas de gestão de qualidade é a *acreditação hospitalar*. Diferentemente do que ocorre na certificação pela ISO, na acreditação é o próprio serviço de saúde que estabelece critérios de garantia de qualidade de acordo com os seus recursos e com base em padrões estabelecidos de segurança, organização do trabalho e resultados. As chamadas instituições acreditadoras são os órgãos responsáveis pelo reconhecimento formal da competência em cumprir das atividades definidas na razão social do serviço de saúde (KLÜCK; PROMPT, 2004; SANTOS, P. R. G., 2002).

A acreditação como estratégia de melhoria de qualidade de serviços de saúde surgiu durante a década de 1970 nos EUA e se estendeu à América Latina a partir de 1991 com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (NOVAES, 2000; SANTOS, P. R. G., 2002). Em 1992, a Federação Brasileira de Hospitais

publica a versão em português do Manual de Acreditação Hospitalar da OPAS. Em 1995 é lançado pelo MS o Programa de Garantia de Aprimoramento da Qualidade em Saúde e em 1998 é editada a primeira versão do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995; KLÜCK; PROMPT, 2004). Em 1999 foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma organização privada, mantida por entidades nacionais do setor de saúde, com o propósito de estimular os serviços nacionais de saúde a atingir padrões mais elevados de qualidade, dentro do processo de acreditação. A ONA, através de convênios com o MS e com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), é então autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação em hospitais e outras organizações prestadoras de serviços de saúde no país (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006; BRASIL, 2002). Atualmente, existem 149 organizações prestadoras de serviço de saúde com certificado de acreditação, entre laboratórios de análise, farmácias de manipulação, hospitais, serviços de hemoterapia, de nefrologia, de assistência domiciliar e de diagnóstico por imagem (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2008).

Além do sistema de gestão da qualidade, as organizações podem ainda optar pela implantação de um *sistema de gestão pela qualidade*, onde os princípios e indicadores de qualidade passam a balizar as ações de direção e controle. Ou seja, não só os aspectos relativos à qualidade são englobados, como também todo o desempenho da organização, seja relativo à qualidade, produção, produtividade ou finanças. Os modelos mais comuns de sistema de gestão pela qualidade são a *Gestão pela Qualidade Total* e o modelo do *Prêmio Nacional da Qualidade* (SANTOS, P. R. G., 2002).

A concepção de qualidade adotada pelas estratégias de melhoria até aqui expostas são firmadas na otimização de processos organizacionais de serviços de atenção à saúde, derivados dos moldes industriais centrados na satisfação do cliente, como prefere Berwick (1998). Em uma abordagem distinta do conceito de qualidade, outro conjunto de estratégias de melhoria da qualidade tem como enfoque principal a dimensão interpessoal da relação entre profissionais de saúde e pacientes. A partir do fim da década de 1990, o termo “humanização” foi adotado na tentativa de conceituar, segundo Deslandes (2004), uma forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, implicando ainda na valorização do profissional e do diálogo dentro de e entre equipes. A

partir da década de 2000, programas governamentais de melhoria da qualidade setoriais passam a usar o termo, como, por exemplo, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000) e a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000) (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi lançado no ano 2000 pelo MS com o objetivo principal de aperfeiçoar a qualidade e a efetividade dos serviços prestados nos hospitais credenciados pelo SUS através do aprimoramento das relações entre profissionais de saúde, usuários e comunidade. A criação da PNHAH foi assim justificada:

A qualidade positiva do conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde não se faz acompanhar por uma correspondente qualidade nos aspectos, como grau de profissionalismo, respeito, modo de atender e de comunicação, atenção e tempo dispensados ao usuário, prestação de informações e empatia com a necessidade alheia. [...] A noção de qualidade do trabalho em saúde compõe-se tanto da competência técnica quanto da competência para interagir, isto é, para se relacionar. A experiência mostra que um grande número de queixas e demandas dos usuários pode ser resolvido, ou pelo menos bastante minimizado, quando o usuário se sente ouvido, compreendido, acolhido, considerado e respeitado pelos profissionais que o estão atendendo (BRASIL, 2001b, p. 49-50).

O PNHAH previa a participação de hospitais e secretarias estaduais e municipais na formação da Rede Nacional de Humanização, com a finalidade de facilitar o intercâmbio de idéias, estratégias e informações relevantes no tocante ao tema. Previa também prêmios e incentivos e a formação dos chamados Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), compostos por representantes dos diferentes níveis hierárquicos dos serviços de saúde, com a função de catalisar processos de mudança cultural de atendimento à saúde calcada na noção de humanização.

O PNHAH foi sucedido pela Política Nacional de Humanização (PNH ou Humanizasus), lançado em 2003 com o objetivo principal de colocar a humanização como dimensão fundamental do cuidado com qualidade à saúde. Esta política trouxe uma nova abordagem para o termo, evitando a segmentação por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar) e a identificação a determinadas profissões (assistente social, psicólogo) (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Ao invés de demarcar um conceito, a PNH apresenta um “entendimento” do que seria humanização:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006f, p. 8-9).

Em se tratando de uma política, a PNH foi planejada para operar transversalmente em toda a rede SUS, seguindo princípios norteadores baseados principalmente na valorização dos sujeitos e de suas inter-relações, estímulo à formação de equipes multiprofissionais e redes cooperativas e co-responsabilização desses sujeitos na gestão e atenção. Alguns resultados esperados pela PNH são a ampliação do acesso e redução do tempo de espera, atendimento acolhedor de acordo com a gravidade, melhor vínculo profissional-paciente e referenciamento territorial, garantia de direitos ao paciente à informação e acompanhamento e participação na gestão.

Percebe-se então que as estratégias de melhoria de qualidade da atenção à saúde no Brasil surgiram como iniciativa dos prestadores de serviço privados no início da década de 1990 e fomentada nos anos seguintes por alguns órgãos públicos e governos estaduais. A partir do ano 2000, foi a vez do governo federal incentivar a melhoria da qualidade do cuidado à saúde na forma de convênios com prestadores de serviço e programas governamentais, e mais recentemente, na forma de políticas de saúde com este fim específico. É importante perceber a diferença de enfoque entre a qualidade da assistência à saúde originada pela melhoria de estrutura e de processos organizacionais, como no caso da acreditação hospitalar e programas semelhantes, e a originada a partir do aprimoramento das relações interpessoais, preconizada pelas políticas governamentais que carregam o termo “humanização”.

Neste ponto de vista, a Política Qualisus configurar-se-ia então como um marco evolutivo do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde brasileiro, ao reunir em seu bojo ações com vistas à organização e funcionamento dos SUE dos grandes hospitais e à integração destes com os demais componentes do SAUE, dando ênfase ao papel do sujeito e às suas inter-relações dentro dos serviços de saúde. Contaria para isto com um suporte financeiro específico para reformas estruturais e compra de equipamentos necessários para a modernização dos componentes desse sistema.

A próxima sub-sessão se atém à descrição da Política Qualisus, partindo dos fundamentos que serviram para a sua elaboração, passando por sua proposta metodológica de implantação e terminando na exposição de seu conteúdo.

3.3 A Política de Qualificação de Atenção à Saúde do SUS – Qualisus

Vale se ressaltar que o termo “qualificação”, empregado no título da Política Qualisus como sinônimo de melhoria da qualidade, pode ser criticado. Segundo dicionário da língua portuguesa (QUALIDADE, 1999), o termo “qualificação” está relacionado à ação de avaliar, apreciar, verificar, e não de elevar ou melhorar a qualidade. De fato, o termo não é aplicado com esse sentido em iniciativas de melhoria da qualidade no Brasil ou em países de língua portuguesa, o mesmo ocorrendo com sua tradução em inglês, francês ou espanhol.

3.3.1 Fundamentos.

A idéia para uma política de melhoria da qualidade da atenção à saúde surgiu a partir da verificação dos resultados de pesquisas de opinião e avaliação da população sobre o atendimento à saúde prestado pelo SUS (BRASIL, 2004f):

- A pesquisa *A Saúde na Opinião dos Brasileiros*, realizada em 2002 a partir de uma parceria entre o MS e o CONASS (2003) revelou que os principais motivos de insatisfação da população se originavam do longo tempo de espera para consultas, cirurgias e exames complementares, como também da má recepção ao usuário.
- De modo similar, a *Pesquisa da Organização Mundial de Saúde para Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde no Brasil*, realizada em 2003 pela Fundação Oswaldo Cruz (GOUVEIA et al., 2005), evidenciou que as maiores causas de insatisfação da população estavam relacionadas ao tempo de espera no atendimento para consultas ambulatoriais e à impossibilidade de livre escolha do médico, esta última um indicador

tanto de desgaste da relação médico-paciente quanto de dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Esses resultados em conjunto indicaram que o acolhimento deficiente ao usuário e a baixa acessibilidade aos serviços de saúde podem ser apontados como os fatores que mais contribuem para a insatisfação da população com a atenção à saúde prestada pelo SUS. Outras causas direta ou indiretamente relacionadas às principais foram também evidenciadas nessas pesquisas. A baixa acessibilidade aos serviços de saúde, por exemplo, seria reflexo da capacidade instalada insuficiente de serviços de urgência e emergência em algumas regiões do país, associada à grande procura de pacientes com problemas de baixa complexidade. Essa, por sua vez, seria decorrente da pouca resolutividade da atenção básica para os problemas simples, somada à desarticulação entre os níveis de assistência. Outras causas de destaque seriam a incipiência e burocratização do controle social, a capacidade reduzida de gestão e regulação do sistema e a formação deficiente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004f).

Pode-se constatar que os problemas apontados pelas duas pesquisas relacionam-se às dimensões técnica e interpessoal da qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1992), justificando-se assim a necessidade da elaboração de uma política voltada exclusivamente para a melhoria da qualidade da atenção à saúde oferecida pelo SUS. Com base no Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2004d), foi definida a Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde – Qualisus – como prioridade dentro de um programa estratégico do governo federal, com o objetivo central de “elevar o nível de qualidade da assistência à saúde prestada à população pelo SUS, levando a uma maior satisfação do usuário com o sistema e legitimação da política de saúde desenvolvida no Brasil” (BRASIL, 2004f, p. 7).

Para a elaboração e implantação da política foram convocados técnicos com experiências exitosas em melhoria da qualidade assistencial, até então restritas a alguns municípios do país. Com base na definição de Donabedian, para quem “qualidade é o grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e os padrões de atendimento dos pacientes, suas famílias e outros beneficiários do atendimento”, foram adotadas como dimensões da qualidade da atenção à saúde para a política Qualisus: (BRASIL, 2004f, p. 6):

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

Para os formuladores da política, a plena compreensão dessas dimensões facilita a análise do objeto, o que resulta numa forte capacidade de intervenção. E assim definem a qualidade da atenção à saúde (grifos nossos): “o reflexo do conjunto de intervenções que resultam na *redução do risco de adoecimento e morte*, na assistência à saúde *adequada à complexidade de cada caso*, no *atendimento digno* à condição humana que levam aos *melhores resultados* e na *satisfação da população* com o sistema de saúde” (BRASIL, 2004f, p. 7).

Para a operacionalização, optou-se pela *formatação matricial* de abordagem como referencial teórico-metodológico, onde os vários projetos e programas inseridos na política de qualificação seriam desenvolvidos e implantados com base nas seis dimensões de qualidade anteriormente citadas (resolutividade, humanização, conforto e presteza no atendimento, redução de riscos, motivação dos profissionais, controle social). Seria, portanto, uma política de caráter transversal, na perspectiva de atuar com as políticas já existentes de atenção básica, média complexidade, humanização, formação profissional de saúde, entre outras (Figura 1) (BRASIL, 2004f).

Em sua estrutura, a política Qualisus reserva ao MS a proposição e o acompanhamento da política, porém delega aos estados e municípios a execução das propostas mediante pactuação com os vários órgãos colegiados do SUS e da sociedade. Esta pactuação envolveria, entre outros atos, a elaboração da proposta de qualificação pelos hospitais, gestores locais e MS,

aprovada pela Comissão Intergestora Bipartite; a garantia de reformas estruturais e incorporação tecnológica; a criação de um comitê de implantação do Qualisus com representantes do MS, gestores do sistema local e hospitais participantes (BRASIL, 2004f).

A eleição do sistema de atenção às urgências e emergências como prioridade para a aplicação da política Qualisus é assim justificada:

O atendimento de urgência nas grandes cidades é um dos pontos mais vulneráveis [do sistema de saúde] porque além de lidar com situações vitais, as unidades em sua grande maioria não estão devidamente organizadas para este tipo de atendimento. Nos últimos anos, este cenário tem sido amplamente divulgado pela mídia e pelos políticos com mobilização dos Conselhos de Classe e da Justiça na mediação de conflitos e confrontos entre a população e os trabalhadores. [...] Os grandes hospitais de urgência são ponto de confluência em que toda a população é usuária direta ou indireta e que, portanto, ações de qualificação ali desenvolvidas repercutirão fortemente no conjunto da população. Não há exagero em afirmar que a Porta Hospitalar de Urgência representa a maior fragilidade assistencial no âmbito hospitalar do Sistema Único de Saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b, p. 7).

Assim, estabelecem-se como o ponto de partida para a melhoria da qualidade os setores hospitalares de urgência das grandes cidades. Para tal, a política Qualisus entra em consonância com a PNAU ao pressupor para os sistemas de urgência (BRASIL, 2003a):

1. A organização de rede não hospitalar de urgência na atenção básica e numa rede de pronto-atendimentos.
2. O desenvolvimento do atendimento pré-hospitalar de urgência, pela implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).
3. A instalação de uma central geral de regulação de leitos (Central de Regulação Médica de Urgência).

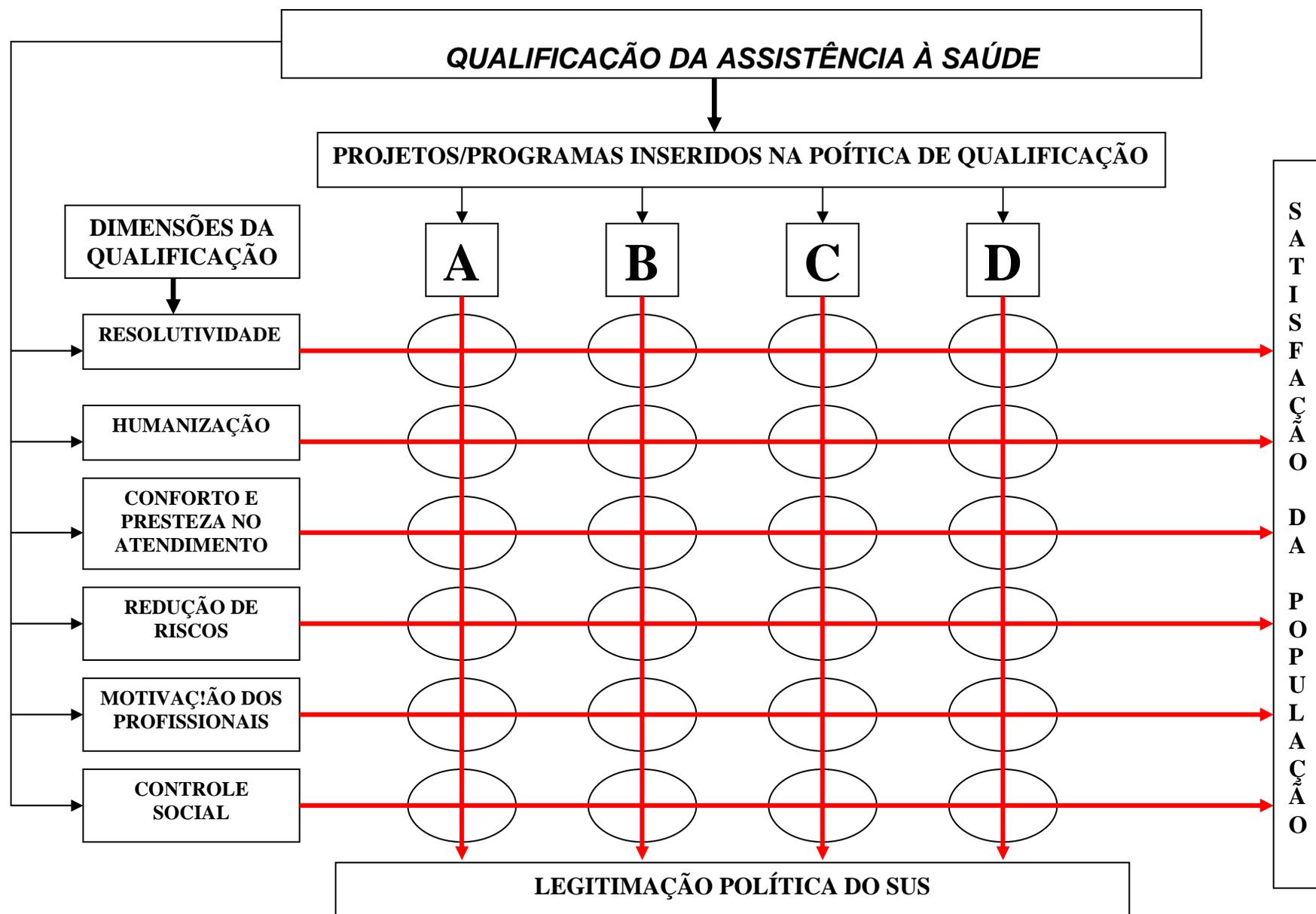


Figura 1 – Forma matricial de abordagem da Política Qualisus (BRASIL, 2004f).

4. A organização e qualificação dos hospitais de urgência para dar suporte resolutivo ao sistema de urgência.
5. A definição de retaguarda de leitos hospitalares e atenção domiciliar.

3.3.2 Metodologia de implantação

A metodologia da implantação da Política Qualisus pode ser descrita em fases (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b):

▪ 1ª fase – Estruturação gerencial da Política – Após a definição sobre a priorização dos SAUE das capitais estaduais e regiões metropolitanas, decidiu-se realizar uma experiência piloto no ano de 2004 em uma capital de cada região do país, exceto da Região Norte, por dificuldades de negociação: Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Goiânia (GO) e Recife, (PE). A previsão seria estender e completar a política em todas as capitais e regiões metropolitanas até 2007.

A coordenação da Política ficou localizada na Secretaria Executiva do MS. Foram estruturadas subcoordenações regionais e para o trabalho nos estados foram contratados consultores com experiências em gestão hospitalar, os quais atuariam nos locais designados de forma presencial durante dois dias, com periodicidade quinzenal.

▪ 2ª fase – Negociação política com estados e municípios – No processo de negociação com as secretarias de saúde de estados e municípios, o MS oferecia como produtos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b):

- Assessoria técnica.
- Novas tecnologias de gestão do cuidado aos usuários.
- Reforma e ampliação da estrutura física hospitalar com prioridade da emergência.
- Compra de equipamentos para incorporação tecnológica necessária ao bom atendimento.
- Informatização hospitalar.

- Priorização de outros investimentos nos estados e municípios participantes da Política Qualisus.

Em seguida, seriam organizadas oficinas para desdobramento da proposta e levantamento da situação local com representantes do MS, consultores, secretarias de saúde, gestores de hospitais e outros componentes do SAUE, conselhos e comissões representativas. Nessas oficinas, seriam escolhidos os hospitais que participariam da política e foram pactuados os compromissos, papéis e contrapartidas de cada componente envolvido no processo (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b, p. 17-18):

- 3ª fase – O trabalho nos hospitais – Inicialmente seriam realizadas oficinas em cada um dos hospitais selecionados, com o objetivo de debater e pactuar os pontos críticos a serem trabalhados, envolvendo a coordenação da Política, consultores, representantes da secretaria de saúde gestora do hospital, diretoria e chefias.

Em seguida, a situação de cada hospital seria levantada a partir do preenchimento de um formulário (SANTOS, J. S., 2005a) pela equipe hospitalar e pela visita do consultor, que cumpriria o trajeto do usuário pelo seu setor de urgência e entrevistava os atores envolvidos, trabalhadores e profissionais de saúde e pacientes. As informações seriam então analisadas pela equipe hospitalar, consultores e representantes da secretaria de saúde, “fugindo da tentação de oferecer um programa de qualidade com práticas cristalizadas, sem a pedagogia da participação e da construção coletiva que pudesse comprometer a governabilidade e a estabilidade do plano de trabalho” (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b, p. 21).

As propostas seriam então trabalhadas em cada hospital por três grupos. Em um grupo, haveria a definição de propostas de mudanças no funcionamento do atendimento de urgência na forma de um plano de trabalho. Em outro grupo, seriam discutidas as mudanças na estrutura física entre a assessoria da consultoria técnica em arquitetura hospitalar da política Qualisus e a equipe de engenheiros e arquitetos da secretaria de saúde e do hospital. O terceiro grupo analisaria a situação tecnológica da unidade pela consultoria técnica em engenharia clínica da política para fins de aquisição de equipamentos para o setor de urgências, assim como para setores relacionados: laboratório, setor de diagnóstico por imagem, UTI, bloco cirúrgico.

- 4ª fase – Negociação final e lançamento da proposta pelo MS – As propostas elaboradas em cada município seriam analisadas pela coordenação da política, consultores, secretarias da saúde estadual e municipal, equipes técnicas centrais e direções das unidades envolvidas. Nessa análise, seriam também levadas em conta a inserção dos hospitais nas propostas, a constituição de uma rede de serviços de pronto-atendimento descentralizada, a implantação – quando não existir – do Samu e a garantia de regulação e de gerenciamento do SAUE local.

Em seguida, seria negociada a alocação de recursos pelo MS e as contrapartidas do estado e do município. A negociação seria concretizada politicamente pela assinatura de um protocolo de intenções (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b, p. 80-86) e a sua formalização, mediante a celebração de convênio (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b, p. 87-95), cuja fonte de recursos para investimentos seria o Programa 1.216 – Atenção Especializada em Saúde (BRASIL, 2005).

- 5ª fase – Estratégia de implantação – Uma vez discutida e aprovada a proposta para cada município, seria definida a equipe responsável pela sua implantação, o Comitê de Implantação da Política Qualisus, composto por gerentes de assistência e coordenadores de urgência das secretarias de saúde, coordenação de regulação e diretores dos hospitais e com a assessoria dos consultores da Política. Em cada hospital envolvido seria formado um grupo de trabalho composto por atores direta ou indiretamente relacionados com o setor de urgências: representantes da direção, administração, chefia do setor de urgências, chefia médica, de enfermagem, assistência social, trabalhadores de nível técnico, e outros. Os grupos elaborariam uma agenda e um planejamento de trabalho, de modo a auxiliar na identificação de problemas, ações, prazos e responsabilidades.

- 6ª fase – Qualificação do Sistema de Urgência Metropolitano – Essa fase ocorreria concomitantemente às anteriores, dependendo do contexto local. Seria convocada oficina reunindo a coordenação da política e as secretarias estadual e municipais de saúde da região metropolitana, onde seriam apresentadas a situação do momento do SAUE metropolitano e as propostas da Política Qualisus. Em seguida, seriam identificados os pontos de estrangulamento na atenção às urgências, definidas as necessidades de investimento, pactuadas as responsabilidades entre os componentes e elaborada agenda de trabalho dos consultores com os municípios da região metropolitana.

3.3.3 Conteúdo programático da Política Qualisus.

As propostas de trabalho nos hospitais foram elaboradas com base em um conteúdo programático composto por cinco eixos (BRASIL, 2004f; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b) (Quadro 3):

▪ Eixo I – Acolhimento, ambiência e direito dos usuários – Este eixo reúne linhas de ação derivadas da PNH e aplicadas à atenção de urgências e emergências, relativas ao direito das pessoas, conforto dos usuários e sua adaptação aos serviços de saúde:

- *Capacitação da equipe do acolhimento em processos relacionais, interativos e política de cidadania* – Essa linha de ação tenta responder a um dos principais motivos de insatisfação dos usuários do SUS, de acordo com as pesquisas já citadas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE (BRASIL), 2003; GOUVEIA et al., 2005) – a baixa acolhida por parte dos profissionais de saúde. A noção de *acolhimento* quando aplicada no campo da saúde pressupõe a mudança da relação profissional-usuário e profissional-profissional mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; GOMES; PINHEIROS, 2005; MERHY, 2002; TEIXEIRA, 2003)
- *Implantação sistemática de acolhimento com classificação de risco* – A Política Qualisus aplica a noção de *acolhimento* nos setores de urgências hospitalares, enfatizando o seu significado de ação gerencial de reorganização do processo de trabalho, por meio da instituição de espaço físico definido e de equipe capacitada para a aplicação de normalizações e rotinas especializadas. Entre essas, destaca-se a *classificação de risco*, uma ferramenta de triagem de largo emprego internacional, que confere agilidade do atendimento a partir da análise da gravidade, do potencial de risco ou do grau de sofrimento do usuário, ao invés da simples ordem de chegada no serviço (BRASIL, 2004a, 2004b, 2006b).

- I. Acolhimento, ambiência e direitos dos usuários:
 - Implantação sistemática de acolhimento com avaliação de risco.
 - Organização de espaços de espera múltiplos por complexidade, confortáveis.
 - Capacitação da equipe do acolhimento em processos relacionais, interativos e política de cidadania.
 - Garantia de acompanhantes nas consultas e na área de observação-retaguarda.
 - Garantia de alimentação adequada para os usuários que estão em observação e internados.
 - Estabelecimento de visitas abertas com horários agendados com os cuidadores.
 - Aplicação do Estatuto do Idoso e da Criança e do Adolescente.
 - Criação de grupos de humanização com plano de trabalho definido.
- II. Resolução diagnóstica e terapêutica:
 - Garantia de quantidade e qualidade de profissionais adequados à demanda.
 - Implantação de protocolos clínicos e terapêuticos.
 - Adequação da estrutura física, de equipamento e mobiliário das salas de estabilização e retaguarda de pacientes críticos.
 - Organização da retaguarda de especialidades médicas às equipes.
 - Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.
 - Implantação de central de equipamentos de suporte e monitoramento de doentes críticos.
- III. Responsabilização e garantia da continuidade do cuidado:
 - Organização de Planos de Cuidado.
 - Implantação de prontuários interdisciplinares por problemas.
 - Implantação sistemática de gestão de vagas e tempo de permanência.
 - Participação na Linha de Cuidado à Urgência e Assistência Hospitalar, integrando-se à Central de Regulação de Leitos e de Urgência.
 - Articulação com outras unidades do SUS e rede de apoio social para a garantia da continuidade de atenção.
 - Implantação do “kit alta”: relatório de alta, atestados, receita, retornos e exames agendados pré-alta.
- IV. Aprimoramento e democratização da gestão:
 - Instituição de gerência e colegiado multiprofissional da Unidade de urgência.
 - Estabelecimento de mecanismos permanentes de escuta dos usuários.
 - Estabelecimento de contratualização entre gestor e direção do hospital e desta com unidades de produção-trabalho.
 - Implantação de sistema de informação com indicadores de qualidade, produção e custos.
 - Prestação de contas do plano de qualificação no Conselho Gestor e Conselho Municipal/Distrital de Saúde.
 - Implementação de plano de informatização do hospital.
 - Elaboração do plano diretor do hospital e plano de trabalho das várias unidades.
- V. Inserção do hospital no Sistema de Urgência-Emergência:
 - Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
 - Organização de rede de pronto-atendimento e unidades hospitalares de urgência de média complexidade na capital e região metropolitana para o atendimento de pequena e média complexidade.
 - Estabelecimento de grade de atendimento de urgência-emergência da região metropolitana com a atribuição de responsabilidades de cada gestor e de cada unidade de urgência-emergência.
 - Criação do Comitê de Urgência da região metropolitana.

- *Organização de espaços de espera múltiplos por complexidade e confortáveis* – Esta linha de ação parte do princípio do espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho permitindo a otimização dos recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. Os espaços de espera devem ser divididos de acordo com o potencial de risco ou grau de sofrimento do usuário, garantindo assim o conforto, a privacidade e a individualidade dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2004b; SANTOS, J. S., 2005a; SCARAZATTI, 2005a).

 - *Garantia de acompanhantes nas consultas e na área de observação-retaguarda* – juntamente com as linhas de ação *Garantia de alimentação adequada para os usuários que estão em observação e internados*, *Estabelecimento de visitas abertas com horários agendados pelos cuidadores* e *Aplicação do Estatuto do Idoso e da Criança e do Adolescente*, tratam dos direitos dos usuários no atendimento de urgência e emergência. Essas linhas trazem mais conceitos derivados da PNH aplicados aos setores de urgência (BRASIL, 2006h). A *visita aberta* é o dispositivo que amplia o acesso para os visitantes, garantindo o elo entre o paciente, sua rede social e os outros serviços da rede de saúde. Já o *acompanhante* representa esta rede social durante a estadia do paciente no hospital. Ambos atuam em conjunto na garantia de um ambiente mínimo de conforto ao paciente, facilitando a sua recuperação.

 - *Criação de grupos de humanização com plano de trabalho definido* – Os *grupos de trabalho de humanização* (GTH) são dispositivos criados pela PNH, formados por profissionais, técnicos, gestores e usuários com o propósito de auxiliar na melhoria da qualidade da produção de saúde e do processo de trabalho (BRASIL, 2006c).
- *Eixo II – Resolução diagnóstica e terapêutica* – Este eixo contém linhas de ação visando a efetividade e a resolutividade da assistência à saúde, a valorização dos trabalhadores e a redução dos riscos, mesclando conceitos advindos de teorias organizacionais e da PNH:
- *Garantia de quantidade e qualidade de profissionais adequados à demanda* – Tópico referente à estrutura dos serviços, dependente da política de recursos humanos dos hospitais e das secretarias de saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b).

- *Implantação de protocolos clínicos e terapêuticos* – Acredita-se que as normalizações de assistência médica com base em evidências científicas contribuam para a qualificação de serviços através da redução de erros, da variabilidade de condutas e, conseqüentemente, dos custos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b; WALKER; HOWARD; LAMBERT, 1994).

- *Adequação da estrutura física, de equipamento e mobiliário das salas de estabilização e retaguarda de pacientes críticos* – A Política Qualisus preconiza a divisão da área de emergência dos setores de urgência em níveis de complexidade, a fim de facilitar a assistência pela adequação de recursos humanos e tecnológicos. Essas salas devem ser identificadas por cores: área *vermelha* – destinada à estabilização de pacientes em estado grave, instáveis, que requerem atendimento imediato; área *amarela* – para atendimento de pacientes críticos, porém estáveis, aguardando vaga para internamento ou transferência, os quais requerem atendimento em no máximo 15 minutos; área *verde* – área preparada para o atendimento e observação de usuários não críticos, antes da alta, internamento hospitalar ou transferência, os quais exigem atendimento em até 30 minutos. Há ainda a área *azul*, destinada às consultas de baixa e média complexidade. Todos os aposentos devem contar com equipamentos em qualidade e quantidade adequadas às necessidades. Do mesmo modo, devem ser seguidos os conceitos de ambiência e conforto para usuários, acompanhantes e visitas (BRASIL, 2004a, 2006h; SANTOS, J. S., 2005a; SCARAZATTI, 2005a).

- *Organização da retaguarda de especialidades médicas às equipes* – O hospital deve contar com equipes de especialidades clínicas e cirúrgicas adequadas para o desempenho de sua missão (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b; SANTOS, J. S., 2005a).

- *Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico* – Do mesmo modo, o hospital deve contar com serviços e equipes de saúde que ofereçam suporte diagnóstico (laboratório de análises, imagiologia) e terapêutico (endoscopias, terapia renal substitutiva) adequados à demanda do setor de urgências (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b; SANTOS, J. S., 2005a).

- *Implantação de central de equipamentos de suporte e monitoramento de doentes críticos* – As centrais de equipamentos devem prover manutenção preventiva e reparadora aos equipamentos do setor de urgências, assim como dos serviços relacionados (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b; SANTOS, J. S., 2005a).

- Eixo III – Responsabilização e garantia de continuidade do cuidado – Este eixo traz linhas de ação direcionadas à prestação da atenção e ao fortalecimento do vínculo dos trabalhadores com usuários e com o sistema de saúde, novamente tomando como base conceitos da PNH:
 - *Organização de planos de cuidado* – Os chamados *planos de cuidado* são facetas do conceito de *acolhimento*. Ao usuário deve ser oferecido um projeto terapêutico individualizado e “horizontalizado”, ou seja, contínuo, sem interrupções durante sua estadia no setor e mesmo após a alta. Essa forma de atenção pode ser viabilizada pela formação de escalas horizontais de médicos e enfermeiros, em substituição às tradicionais escalas verticais de plantão, comuns em serviços de urgência e emergência. Entende-se como escala de trabalho horizontal aquela na qual a carga horária semanal do profissional é distribuída ao longo dos dias úteis, em períodos semelhantes, matutinos ou vespertinos. Já a escala vertical geralmente é organizada de modo que o profissional cumpra a carga horária semanal em dois turnos, diurno e noturno, de 12 horas cada (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b; SCARAZATTI, 2005b).

 - *Implantação de prontuários interdisciplinares por problemas* – A adoção de *prontuários interdisciplinares* facilita o processo de vínculo e responsabilização entre o usuário, equipes de saúde e o serviço. A partir da identificação das demandas e necessidades de ordem biomédica, psicológica e sócio-cultural dos usuários, são definidos os processos terapêuticos e as equipes envolvidas no cuidado, facilitando o acompanhamento e a correção de rumos (BRASIL, 2004c; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b; SCARAZATTI, 2005b).

 - *Implantação sistemática de gestão de vagas e tempo de permanência* – Essa ferramenta lida com o fluxo do usuário pelo setor de urgências, desde a entrada até sua saída, seja pela alta, seja pelo internamento no próprio hospital ou em outro

serviço. Objetiva diminuir o tempo de permanência do usuário no setor de urgências evitando-se assim a superlotação (BRASIL, 2004c; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b; SCARAZATTI, 2005b).

- *Participação na linha de cuidado à urgência e assistência hospitalar, integrando-se à Central de Regulação Médica de Urgências* – Conforme preconizado pela PNAU e pela própria Política Qualisus, os setores hospitalares de urgência devem manter comunicação constante com as centrais de regulação, de modo a se inserirem em uma rede de serviços, configurando um sistema ou um subsistema regionalizado e hierarquizado (BRASIL, 2003a, 2004f; SANTOS, J. S., 2005b).
 - *Articulação com outras unidades do SUS e rede de apoio social para a garantia da continuidade de atenção* – Do mesmo modo, conforme preconizado em ambas as políticas, os setores hospitalares de urgência devem manter contato regular com o componente pós-hospitalar do SAUE, os chamados hospitais de retaguarda, os serviços de reabilitação, hospitais-dia, assim como com os serviços de atenção primária, a fim de garantir o prosseguimento do cuidado ao usuário (BRASIL, 2003a, 2004f; SANTOS, J. S., 2005b).
 - *Implantação do “kit alta”: relatório de alta, atestados, receita, retornos e exames agendados pré-alta* – Por meio do fornecimento desses documentos aos pacientes no momento da alta, objetiva-se facilitar a retomada do cuidado diminuindo o risco da sua interrupção (BRASIL, 2004f, 2006f).
- *Eixo IV – Aprimoramento e democratização da gestão* – Este eixo agrupa linhas de ação objetivando uma maior capacidade de gestão e controle social dos hospitais e setores de urgências.
- *Instituição de gerência e colegiado multiprofissional da unidade de urgência* – A chamada gestão colegiada procura estabelecer mecanismos de trocas contínuas entre as várias representações multiprofissionais e sociais envolvidas com o atendimento de urgência e emergência. Assim, há a garantia da participação dos envolvidos com o atendimento de urgências na formulação de diretrizes, identificação de necessidades,

planejamento dos processos de trabalho, negociações, organização da prestação e serviços e outros (SANTOS, J. S., 2005b; SCARAZATTI, 2005b).

- *Estabelecimento de mecanismos permanentes de escuta dos usuários* – Ou seja, existência de serviços de *ouvidoria*, compostos por equipe multiprofissional, estabelecidos pela direção, adequados quantitativamente à demanda, com ambiente próprio e plano de trabalho definido.
 - *Estabelecimento de “contratualização” entre gestor e direção do hospital e desta com unidades de produção-trabalho; Implantação de sistema de informação com indicadores de qualidade, produção e custos; Implementação de plano de informatização do hospital; Elaboração do plano diretor do hospital e plano de trabalho das várias unidades* – Ações voltadas à melhoria do desempenho gerencial do hospital como um todo, com importante repercussão no setor de urgências.
 - *Prestação de contas do plano de qualificação no Conselho Gestor e Conselho Municipal/Distrital de Saúde* – Ação dirigida à garantia do controle social do SUS, uma de suas diretrizes. De acordo com as Portarias no. 2.048 de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002) e 1.863 e 1.864 de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003a, 2003b), um representante do Conselho Municipal de Saúde deve ter acento no Comitê Gestor de Urgências do hospital.
- *Eixo V – Inserção do hospital no Sistema de Urgência-Emergência* – Este eixo se refere à inclusão do hospital no SAUE regional, como previsto nas portarias ministeriais: Samu (pré-hospitalar móvel), pré-hospitalar fixo, pós-hospitalar e regulação médica (BRASIL, 2002, 2003a, 2003b; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005a). É composto por linhas de ação de aplicação externa ao hospital, mais dependentes da atuação das secretarias municipais e estadual de saúde.
- *Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).*
 - *Organização de rede de pronto-atendimento e unidades hospitalares de urgência de média complexidade na capital e região metropolitana para o atendimento de pequena e média complexidade.*

- *Estabelecimento de grade de atendimento de urgência-emergência da região metropolitana com a atribuição de responsabilidades de cada gestor e de cada unidade de urgência-emergência.*
- *Criação do Comitê de Urgência da região metropolitana.* – Este comitê teria amplitude loco-regional, e dele participariam os representantes do SAUE: gestores, profissionais, prestadores de serviço, centros formadores, associações de classe, usuários e órgãos de segurança e transporte público e privado (SCARAZATTI, 2005b).

Em suma, dos cinco eixos que compõem o conteúdo programático da Política Qualisus, os quatro primeiros são compostos por intervenções voltadas para a organização hospitalar, enquanto que, no último, suas ações focalizam as inter-relações entre os hospitais e demais componentes do SAUE.

3.4 Avaliação de programas de saúde e análise de implantação.

Nesta subseção será feita uma breve revisão sobre tópicos da pesquisa avaliativa com a intenção de subsidiá-la como metodologia eleita para este estudo.

3.4.1 Avaliação de programas de saúde

A avaliação de programas e políticas de saúde tem um papel reconhecido como componente da gestão no tocante ao seu propósito fundamental de dar suporte aos processos decisórios, por meio de: (1) identificação de problemas; (2) reorientação de ações e serviços desenvolvidos; (3) incorporação de práticas sanitárias na rotina dos profissionais e (4) mensuração do impacto das ações implantadas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

A palavra *avaliação*, no sentido mais geral, significa atribuir valor a algo. Sua aplicação como campo conceitual e de trabalho ainda está sujeita a uma diversidade de definições, fruto da riqueza de possibilidades de expressão em diversos campos de atuação. No campo das políticas e programas de saúde a avaliação assume desenhos diversos, a depender da finalidade da intervenção ou da racionalidade científica na qual o estudo se baseia (BOSI; UCHIMURA, 2007). Contandriopoulos et al. (1997, p. 31), por exemplo, propõem como definição para a avaliação: “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Essa definição, embora simples e abrangente, limita o escopo da avaliação à dimensão instrumental da ação, o que, no entendimento de Vieira-da-Silva (2005), não engloba o conjunto das práticas de saúde como práticas sociais. Ainda segundo a autora, o significado de “julgamento” pode variar, desde a elaboração de um juízo de valor dicotômico, até uma análise sobre o significado de um fenômeno.

A avaliação de programas sociais, iniciada há cerca de 100 anos, toma impulso logo após a II Grande Guerra, guiada pela necessidade de melhoria na eficácia de aplicação de recursos públicos. Nesta época houve o predomínio do *modelo caixa-preta*, uma abordagem experimental que privilegiava a análise dos efeitos dos programas através de métodos quantitativos baseados em um paradigma positivista, com ênfase no estabelecimento de inferências causais. Porém, com a experiência, tornou-se claro que a objetividade dos métodos quantitativos não era suficiente para explicar plenamente os resultados, exigindo o julgamento de méritos e valores impossíveis de serem objetivados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). A avaliação de aspectos subjetivos da produção de saúde por programas se faz por meio de abordagens qualitativas, que não são expressas por indicadores ou padrões numéricos. As duas dimensões – quantitativa e qualitativa – são inerentes a fenômenos complexos como a saúde, não havendo predomínio de uma sobre outra. Esta compreensão é necessária para que haja o rigor necessário para a escolha de métodos e abordagens adequados para a avaliação (BOSI; UCHIMURA, 2006; FURTADO, 2001).

Assim, a pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento feito sobre as práticas sociais (políticas, programas e serviço de saúde) a partir de pressupostos ou hipóteses sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, por meio de metodologia científica. Em sendo um julgamento, deve-se considerar a dimensão subjetiva do processo de avaliação, que não pode ser desprezada. A avaliação, segundo Contandriopoulos

et al. (1997) passa então a ser desafiada pela sua diversidade de possibilidades de expressão, indo desde as avaliações presentes na vida cotidiana, orientadas pelo senso comum, passando pela aplicação de critérios e normas (*avaliação normativa*), até a *pesquisa avaliativa* propriamente dita. Esta diversidade também se expressa no estágio inicial de desenvolvimento da avaliação como disciplina científica, que é obrigada a conviver com uma diversidade de teorias e métodos, tantas quanto os autores envolvidos com o tema (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Na perspectiva de Contandriopoulos et al. (1997, p. 37), a *avaliação normativa* “consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas”, enquanto que a *pesquisa avaliativa* é entendida 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 (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 37).

Desse modo, para estes autores, a avaliação normativa não se configura como pesquisa por não considerar o emprego de metodologias científicas. Essa assertiva é contestada por Uchimura e Bosi (2002), que, para as quais, a análise de programas, sob critérios e normas cientificamente estabelecidos ou não, consiste em uma atividade científica, exigindo assim um adequado rigor metodológico. Ainda, outras dimensões, que não as englobadas por Contandriopoulos et al., podem passar a pertencer ao âmbito da avaliação normativa.

A associação do conceito complexo da avaliação com outro igualmente polissêmico, a qualidade, não se faz sem dificuldades, dando origem a novos construtos que incluem dimensões objetivas e subjetivas, inerentes ao campo da atenção à saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007). Porém, na maioria dos modelos avaliativos atuais, há franco predomínio das dimensões objetiváveis, ou seja, das passíveis de quantificação, em detrimento das dimensões subjetivas. Porém, essa diferenciação não deveria ser dicotômica, mas sim complementar. Em outras palavras, a *avaliação da qualidade* enseja a emissão de juízo de valor sobre ações programáticas ou serviços, a partir da análise de seus componentes, conforme a clássica proposição de Donabedian (1966), podendo ser quantificadas ou não.

Destaca-se no caráter subjetivo da qualidade a noção de *humanização*, um dos pressupostos do cuidado à saúde como concebido pelo SUS. Por referir-se ao plano das relações intersubjetivas simbólicas entre sujeitos historicamente situados, é necessário que se afaste do risco de entender a ação “humanizadora” com uma perspectiva burocrática de implantação ou estruturação de sua aferição, devendo-se respeitar a complexidade de seus contextos de implantação ou funcionamento. (BOSI; UCHIMURA, 2007). Essa visão requer a construção de novos horizontes para as práticas avaliativas em saúde, onde não só se permite como se incentiva a mescla de métodos quantitativos e métodos menos estruturados, de cunho qualitativo (SANTOS-FILHO, 2007).

3.4.2 Análise de implantação

A definição do *foco* da avaliação com base nos atributos das práticas (ou serviços, programas, estabelecimentos, sistemas) de saúde é dificultada pela grande diversidade terminológica e conceitual inerente à área. Vieira-da-Silva (2005, p. 23-24) propõe uma classificação com base nessas características, levando-se em conta as necessidades de saúde geradas a partir dos indivíduos (PAIM, 1999):

- a. Relacionadas com a disponibilidade e distribuição social dos recursos: *cobertura, acessibilidade, equidade*.
- b. Relacionadas com o efeito das ações: *eficácia, efetividade, impacto*.
- c. Relacionados com os custos e produtividade das ações: *eficiência*.
- d. Relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente: *qualidade técnico-científica*.
- e. Relacionados com a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde: *direcionalidade e consistência* (análise estratégica).
- f. Relacionados com o processo de implantação das ações: *avaliação do grau de implantação e/ou avaliação de processo, análise de implantação*.
- g. Características relacionais entre os agentes das ações: *usuário x profissional, profissional x profissional, gestor x profissional*.

As *análises de implantação* de programas (item f) têm como finalidade identificar os determinantes e a influência da variação na implantação implicados na produção dos efeitos de uma intervenção e do contexto nos resultados da própria intervenção. Mais do que a simples avaliação dos efeitos das intervenções, a análise de implantação contempla os processos envolvidos na produção das mudanças, o que aumenta a validade externa das pesquisas avaliativas, um problema sempre enfrentado pelas pesquisas qualitativas (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

As análises de implantação podem ser decompostas em três componentes, conforme Denis e Champagne (1997, p. 55):

- I. Análise da influência dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções;
- II. Análise da influência das variações (graus) da implantação da intervenção sobre os seus efeitos;
- III. Análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os seus efeitos.

Segundo estes autores, os três componentes permitem considerar em uma avaliação, ao contrário do modelo da caixa-preta, as variações na integridade da intervenção, bem como a influência das variações contextuais. O Componente I tem como objetivo a compreensão da variação (grau) na implantação da intervenção. Ou seja, a fim de garantir a sua integridade, analisa o gradiente entre a intervenção planejada e a implantada, com base nas características contextuais do meio. Já os Componentes II e III procuram explicar os efeitos observados após a introdução de uma intervenção, levando em conta o grau de implantação e os fatores contextuais, respectivamente.

O Componente I é particularmente útil no caso de intervenções complexas, composta por elementos seqüenciais, que podem sofrer influência de características contextuais diversas, como comportamento dos atores, atributos da organização e coerência entre o conteúdo e oportunidade da intervenção e a organização a sofrer intervenção. O grau de implantação da intervenção torna-se então a variável dependente que será relacionada com as características contextuais do meio de implantação (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

O estudo dos fatores contextuais que influenciam a implantação de uma intervenção baseia-se no princípio de que a inovação provoca mudanças organizacionais, ou seja, processos complexos de adaptação e de apropriação de políticas ou programas nos diferentes meios envolvidos. Como resumem Denis e Champagne (1997) o processo de inovação nas organizações comporta seis fases: a iniciação, a difusão, a adoção, a implantação, a rotinização (ou institucionalização) e a “exnovação” ou abandono da inovação (Figura 2). A análise de implantação objetiva o estudo dos processos de mudança que se sucedem após a decisão pela organização da introdução ou adoção de uma intervenção.

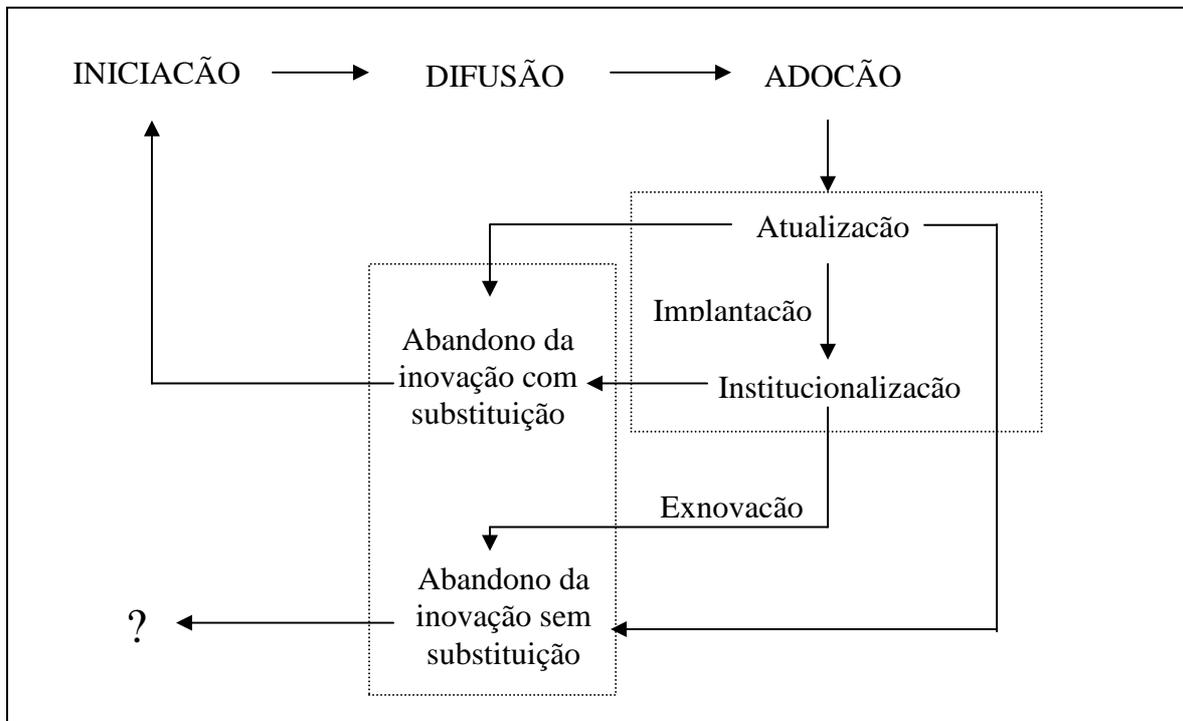


Figura 2 – Processo de produção da mudança nas organizações
Fonte: Denis; Champagne (1997)

São várias as teorias que tentam explicitar as variáveis implicadas na implantação de intervenções, que podem ser reunidas em modelos conceituais com diferentes perspectivas. No *modelo político*, a implantação de intervenções é vista como um jogo de poderes, cujo resultado é consequência de ajustes a pressões externas e internas. Nesta perspectiva, um contexto favorável à implantação depende de três fatores: (1) do suporte oferecido pelos agentes de implantação; (2) do controle, por estes, na organização para permitir a operacionalização; (3) da coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção

pelos agentes e os objetivos ali associados. Em suma, conforme o modelo político, as dificuldades relacionadas à implantação da intervenção dependem mais de interesses particulares dos atores influentes na organização do que a fatores ligados ao processo de planejamento ou de controle (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Já no *modelo estrutural*, a implantação de intervenções depende de características organizacionais (tamanho, centralização, formalização, nível de especialização, entre outros), do contexto organizacional (incerteza ambiental, grau de competição, grau de urbanização) e dos atributos dos gestores (atenção prestada à inovação, orientação cosmopolita ou local). Outros modelos, segundo Denis e Champagne (1997), ou têm caráter normativo, o que os tornam inadequados para aplicação em pesquisas analíticas, ou mostram resultados contraditórios. Deste modo, estes autores formulam um modelo, denominado *político e contingente*, inspirado nas abordagens política e estrutural, enxergando a organização como uma arena política, em cujo interior os atores perseguem estratégias diferentes, passando a apoiar a implantação da intervenção conforme a considerem como um meio de atualização de suas estratégias fundamentais. Este apoio se traduziria em um conjunto de estratégias de reação à intervenção, que dependeria do grau de controle das bases de poder da organização. O nível de alcance dos objetivos da intervenção dependeria do apoio dos atores dominantes, como também do reconhecimento pelos atores das características estruturais da organização.

4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Esta pesquisa, por constituir-se em uma análise de implantação focada no Componente I – ou seja, o estudo do grau de implantação da intervenção e a influência do contexto sobre esse grau – utilizou como metodologia o *estudo de casos múltiplos com níveis de análise imbricados* (YIN, 2005a). Em cada um dos três hospitais estudados foi verificado o grau de implantação por meio de avaliações normativas². A influência do contexto foi apreciada numa abordagem qualitativa, por meio da triangulação de dados (YIN, 2005a) obtidos pela observação participante (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000) e pela análise de conteúdo de entrevistas não estruturadas realizadas com informantes-chaves (KVALE, 1996d). Estas técnicas, juntamente com a pesquisa documental (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000), também foram utilizadas na descrição da implantação da política no município.

4.1 Descrição da implantação.

A descrição da implantação da Política Qualisus no município do Recife foi estruturada com base nos dados obtidos a partir do diário de campo, fruto da *observação participante* realizada pelo pesquisador entre abril de 2005 e março de 2006. Conforme preconizam VÍctora, Knauth e Hassen (2000), esta técnica foi conduzida com o cuidado de focalizar a descrição da seqüência e na temporalidade da ocorrência dos eventos – a presença do observador, deste modo, provocou interferência desprezível no processo de implantação.

Os dados obtidos pela observação participante foram confrontados com outros oriundos da *análise de documentos* oficiais da SES e dos hospitais envolvidos, como relatórios de reuniões e planos de ação. Esses documentos se mostraram valiosas fontes de dados devido ao seu conteúdo elaborado e disponível, o que permitiu uma adequada fundamentação para o pesquisador na descrição dos eventos, uma aplicação que se destaca nesta técnica de pesquisa (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

² Será seguida a nomenclatura proposta por Contandriopoulos et al. (1997), embora consideremos este método uma modalidade de pesquisa avaliativa, como defendem Uchimura e Bosi (2002), já que foram conduzidos com o rigor metodológico necessário.

Por fim, foram ainda empregados dados obtidos da análise de entrevistas com informantes-chave, utilizando-se a *estruturação de significados através de narrativas*, conforme recomendado por Kvale (1996d). Nesta técnica, é gerada uma narrativa sintética, coerente e, ao mesmo tempo rica, a partir da reconstrução das histórias contadas pelos diversos atores envolvidos.

4.2 Análise da implantação - o Estudo de Caso como estratégia de pesquisa.

A estratégia de pesquisa adotada para realizar esta análise de implantação foi o *estudo de caso*. Este método pode ser definido como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto. É muito utilizado para o conhecimento de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos (YIN, 2005a).

Justifica-se o emprego do estudo de caso nesta pesquisa, pois, como resume Yin (2005a, p. 19-20), é uma estratégia útil diante das três situações presentes no objeto de estudo: (1) quando se colocam questões explanatórias (*como e por que*), (2) quando não existe controle sobre os acontecimentos e (3) quando o objeto de pesquisa é um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto real. Os estudos de caso utilizam várias técnicas comuns às pesquisas históricas, porém acrescentam mais duas fontes de evidências associadas à contemporaneidade dos fatos estudados: a observação direta dos acontecimentos estudados e entrevistas das pessoas envolvidas. Assim, permite que a investigação preserve as características integrais e significativas dos acontecimentos da vida real, um dos motivos pelos quais o estudo de caso se torna particularmente útil na análise da implantação de intervenções. De mesma maneira, estuda o conjunto das variações que ocorrem intra-sistema, utilizando poucas unidades de análise, oferecendo, porém, um potencial explicativo importante, decorrente da análise do caso, ou dos casos, em profundidade (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Ao assumir a investigação do fenômeno contemporâneo dentro de um contexto real, sem limites claramente definidos, o estudo de caso enfrenta uma situação em que há mais variáveis de interesse do que pontos de dados. Portanto, baseia-se em várias fontes de evidência, necessitando muitas vezes da convergência de dados qualitativos e quantitativos em um

formato de triângulo. Precisa ainda do desenvolvimento prévio de proposições teóricas a fim de conduzir a coleta e a análise de dados. Os estudos de caso são muito utilizados em pesquisas avaliativas, principalmente como explicação dos supostos vínculos causais em intervenções reais, que são por demais complexos para as estratégias experimentais ou baseadas em levantamentos (YIN, 2005a).

Para garantir a qualidade de um estudo de caso, quatro critérios devem ser seguidos: validade do construto, validade interna, validade externa e confiabilidade (YIN, 2005b):

- A *validade do construto* se refere ao estabelecimento adequado de medidas operacionais para os conceitos sob pesquisa, ou seja, a capacidade das variáveis escolhidas medirem corretamente os conceitos ou construções de interesse. Uma das táticas mais utilizadas para aumentar a validade do construto é pela triangulação a partir de várias fontes de evidências, procurando em seguida encadeá-las a fim de permitir o traçado de linhas convergentes de investigação.
- A *validade interna* alude à formação de relação causal entre variáveis, evitando-se a interferência de efeitos espúrios, ou, de modo mais amplo, a realização de inferências. A adoção de um modelo teórico do fenômeno estudado dentro de um contexto permite o julgamento do valor explicativo a partir do grau de conformidade com a realidade empírica observada. No campo da avaliação, esse modelo teórico é expresso no termo *modelo lógico*.
- A *validade externa* estabelece a propriedade que permite a generalização dos resultados. Nos estudos de caso as generalizações são feitas de modo analítico, quando o pesquisador tenta generalizar um conjunto particular de resultados a alguma teoria mais abrangente. O teste da nova teoria é feito por meio da lógica de replicação, isto é, na confrontação de casos análogos a um mesmo quadro teórico, a fim de verificar a ocorrência de resultados semelhantes. A melhor forma de garantir a validade externa é estudando casos múltiplos.
- A *confiabilidade* se refere à possibilidade de repetição das operações do estudo no mesmo estudo, como os procedimentos de coleta de dados, obtendo-se os mesmos

resultados, com o intuito de minimizar erros e vieses. A confiabilidade de um estudo é garantida por meio da elaboração de um protocolo de estudo de caso o mais operacional possível, além da construção de um banco de dados adequando.

4.2.1 Definição de casos, unidades e níveis de análise.

Para este estudo, a estratégia de pesquisa adotada foi o *estudo de casos múltiplos com níveis de análise imbricados*, ou seja, a observação de comportamentos e processos organizacionais em vários níveis ou diferentes níveis de explicação para um mesmo fenômeno (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; YIN, 2005b).

A opção por estudos de casos *múltiplos* confere robustez, ou como explicitado, validade externa à pesquisa. Além disto, esta modalidade é útil para testar pressupostos teóricos utilizando-se a *lógica da replicação*, seja ela *literal*, prevendo-se resultados semelhantes, ou *teórica*, com o intuito de evidenciar resultados contrastantes por razões previsíveis. A lógica da replicação exige o desenvolvimento de uma estrutura teórica bem embasada, de onde os casos e as medidas específicas são derivados (YIN, 2005b).

Optou-se pela análise de *níveis imbricados* pela possibilidade de observação de comportamentos e processos organizacionais em mais de um nível. Neste estudo foram estudados o grau de implantação da política e a influência do contexto organizacional. Foram incluídos como unidades de análise os SUE dos hospitais originalmente incluídos no município. Estes hospitais foram escolhidos por representarem papel relevante na rede de assistência à saúde da Região Metropolitana do Recife, e onde o impacto do programa seria mais relevante (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b). O Quadro 4 resume as principais características dos setores de urgência dos três hospitais.

Características	Hospital A	Hospital B	Hospital C
Número de atendimentos mensais (média)	12,5 mil	11 mil	12 mil
Número de médicos e odontólogos por plantão	31	20	25
Número de leitos de observação	90	71	52
Especialidades	Cirurgias geral (acidentados), BMF, vascular, neurocirurgia; clínica médica, neurologia; traumatologia; endoscopia; Ceatox; queimados.	Cirurgia geral; clínica médica; pediatria; psiquiatria.	Cirurgias geral, BMF, vascular e neurocirurgia; clínica médica, neurologia; traumatologia.
Distribuição de procedência dos usuários por municípios	Recife: 43,1% Olinda: 12,0% Jaboatão: 10,5% Paulista: 6,1% Camaragibe: 3,2% Outros: 25,1%	Jaboatão: 46,6% Recife: 41,4% Outros: 12,0%	Recife: 64,0% Outros municípios da RMR: 26,0% Demais municípios e outros estados: 10,0%

Quadro 4 – Principais características dos setores de urgência e emergência dos hospitais inseridos na Política Qualisus – Recife, 2005.

Nota: BMF: buco-maxilo-facial; Ceatox: central de toxicologia; RMR: Região Metropolitana do Recife.

4.2.2 Construção do modelo lógico

Os modelos lógicos são ferramentas metodológicas frequentemente utilizadas no campo da avaliação. Constituem-se de figuras capazes de representar uma teoria subjacente a uma questão de pesquisa a fim de torná-la verificável, aumentando a sua validade interna. No caso de um programa ou de uma política, o modelo lógico explicita por meio de um esquema visual o modo pelo qual será implantado, e quais são os resultados esperados. É por meio do modelo lógico que se permite a definição exata do que deve ser medido, orientando a escolha de indicadores, e qual a parcela de contribuição da intervenção nos resultados esperados. Assim, a construção de um modelo lógico inclui as especificações sobre o problema visado, a população-alvo, as condições do contexto, o conteúdo do programa e os atributos necessários e suficientes para a produção dos efeitos esperados (MEDINA et al., 2005).

A construção de um modelo lógico por vezes é difícil, como ressaltam Medina et al. (2005), pois os programas objetos de estudo geralmente são parte de uma política governamental de maior escala, onde as diretrizes e estratégias não são claramente definidas, além de serem permeadas por lacunas e contradições conseqüentes da necessidade de serem implantadas prontamente, mesmo antes da conclusão de seu desenho e do estabelecimento de um consenso sobre objetivos e prioridades. Para o presente estudo, o modelo lógico da Política Qualisus foi elaborado com base nas informações contidas nos seus documentos oficiais (BRASIL, 2004f; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b) e em entrevistas não-estruturadas com informantes-chaves e foi ainda apreciado por comitê formado por especialistas em pesquisa avaliativa e atores que participaram da elaboração e implantação da política. As sugestões oferecidas por este comitê foram utilizadas na construção do modelo lógico final. O modelo lógico empregado neste estudo está representado nas Figuras 3 e 4.

4.3 Medida do grau de implantação do programa.

A verificação do grau de implantação da política foi realizada por meio de avaliação normativa, levando-se em conta os atributos referentes à estrutura (espaço físico, recursos materiais e humanos, estrutura organizacional) e ao processo de trabalho (aplicação de rotinas, protocolos e normalizações), evidenciados na construção do modelo lógico (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Por se tratar de uma análise do Componente I de implantação, os efeitos (resultados) não foram levados em consideração.

4.3.1 Eleição das variáveis e construção do sistema de pontuação.

As variáveis selecionadas foram definidas com base nas linhas de ação reunidas nos Eixos de I a IV, os quais são relativos à estrutura e aos processos que ocorrem no íntimo da organização hospitalar (Quadro 3). As ações componentes do Eixo V (Inserção do hospital no Sistema de Urgência-Emergência) têm como objetivo a formação e o fortalecimento do SAUE, incluindo a estruturação física e organizacional de seus demais componentes. Por se voltar ao ambiente externo aos hospitais esse eixo não foi incluído no estudo.

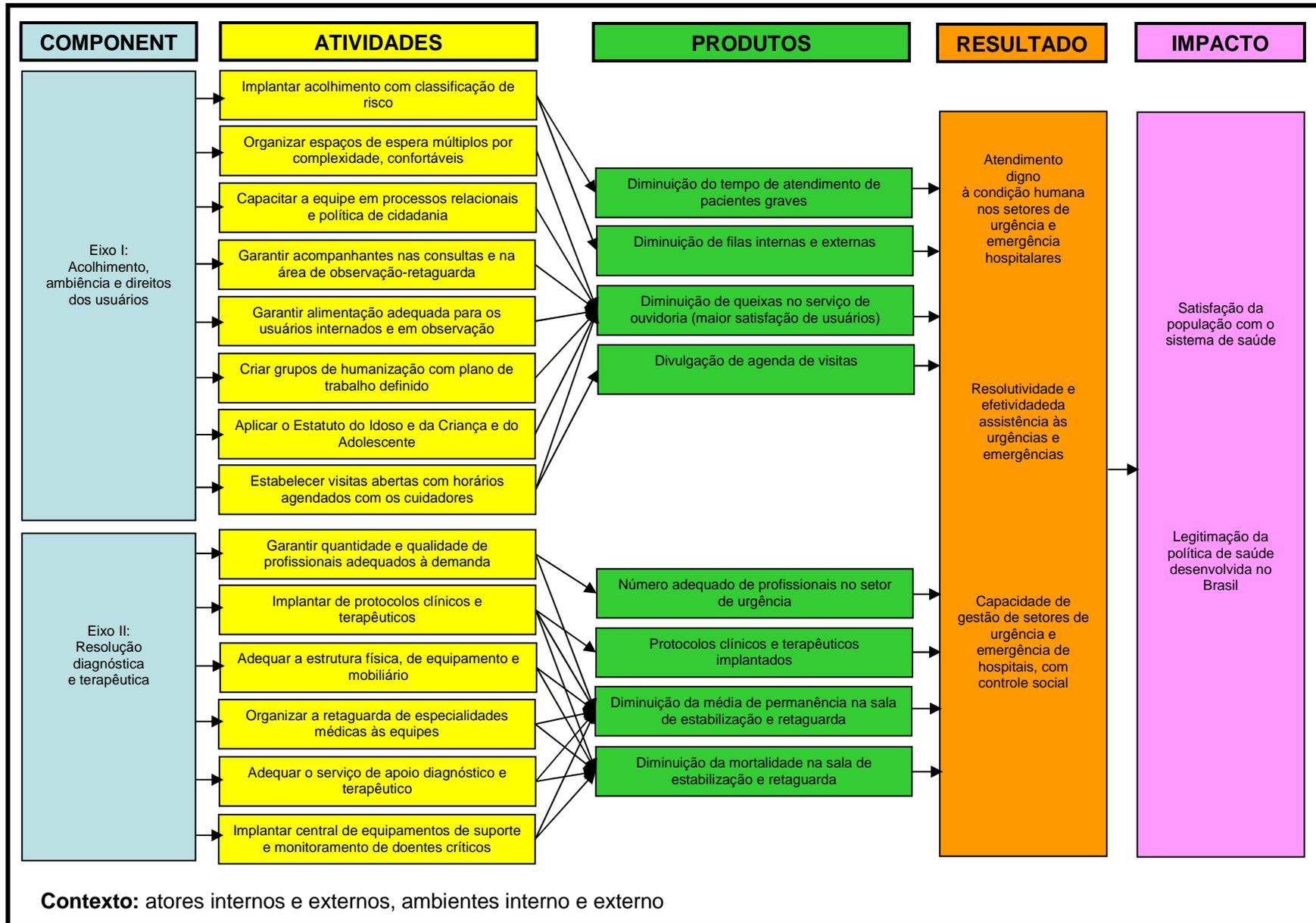


Figura 3 – Modelo lógico da Política Qualisus (Eixos I e II)

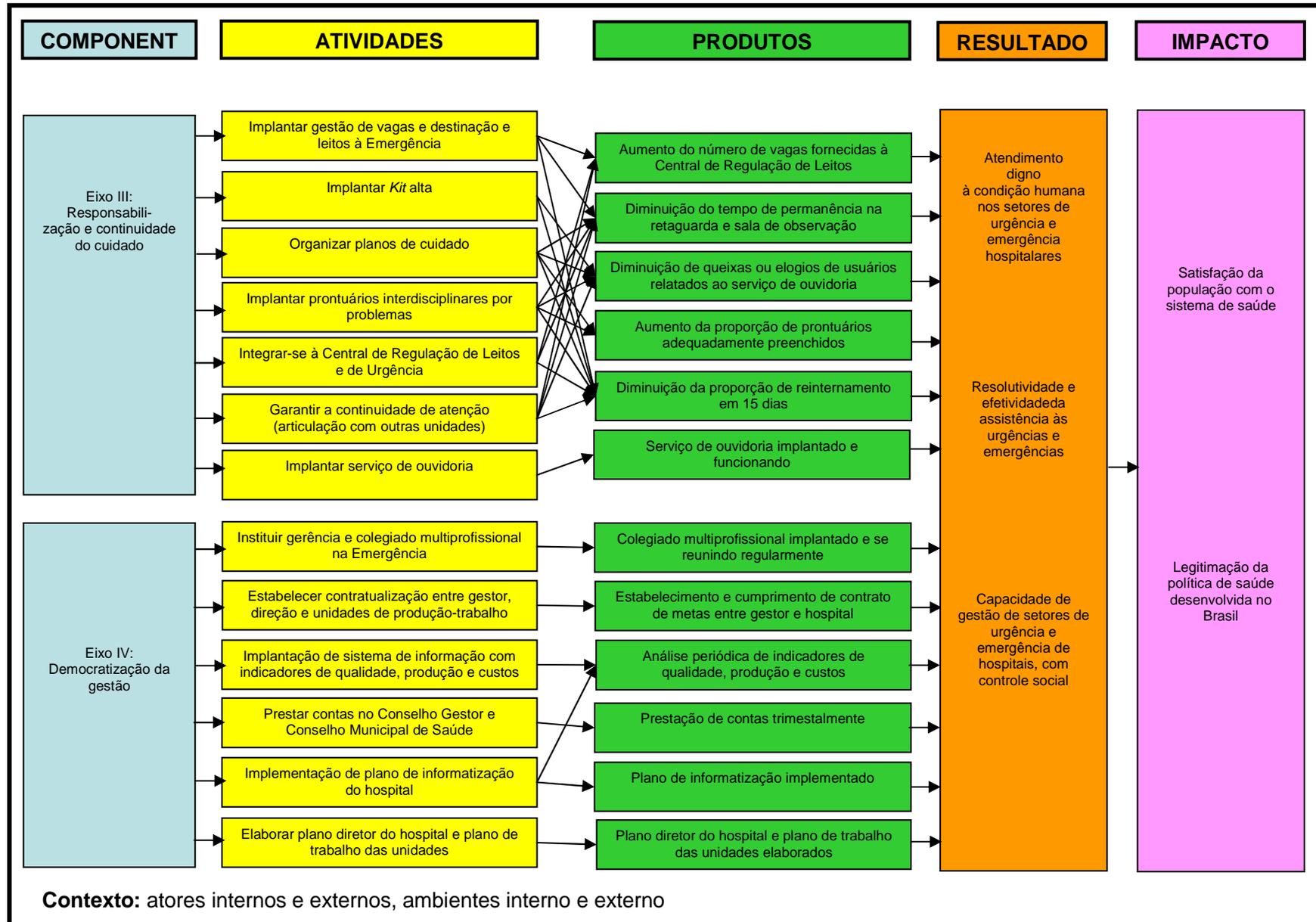


Figura 4 – Modelo lógico da Política Qualisus (Eixos III e IV)

Para cada variável selecionada, foram estabelecidos critérios de adequação conforme os documentos oficiais da Política Qualisus e as portarias ministeriais que compõem a PNAU (BRASIL, 2004f, 2006f; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005a, 2006; SANTOS, J. S., 2005a). Foi elaborado um sistema de pontuação procurando-se atribuir o mesmo peso entre os eixos, e, dentro dos eixos, entre as linhas de ação. De um total de 27 linhas pertencentes aos 4 eixos estudados, três não foram avaliadas: a *Garantia de privacidade no atendimento*, o *Direito de informação e confidencialidade das informações sobre o estado de saúde* e a *Aplicação do Estatuto do Idoso e da Criança e Adolescente*. A técnica de coleta de dados utilizada, a entrevista estruturada com auxílio em formulário, não forneceria a confiabilidade e validade adequadas para a análise. Para tal, seriam necessárias entrevistas com usuários e com profissionais de saúde que atuassem diretamente no atendimento aos usuários.

Tomou-se como grau de implantação a proporção da pontuação obtida em relação à pontuação máxima alcançável pelos hospitais para cada linha de ação, eixo e para o programa com um todo, conforme o sistema de pontuação. Para determinação do grau de implantação foram estabelecidos como pontos de corte: (1): 0 a 50% - implantação incipiente; 51 a 75% - implantação intermediária; 76 a 100% - implantação avançada. Buscando aumentar a validade do construto e a confiabilidade deste estudo, a distribuição de pontos e pesos do sistema e a medida do grau de implantação foram submetidas a duas revisões em seqüência por um grupo de especialistas que participou ativamente da elaboração e implantação da política no município. A seguir são descritos a distribuição da pontuação e os atributos eleitos em cada linha de ação, por eixo. A descrição do sistema de pontuação está resumida no Quadro 5.

Dentro do Eixo I, denominado *Acolhimento, ambiência e direito dos usuários*, a pontuação foi distribuída uniformemente entre as 5 linhas de ação (50 pontos cada). Para analisar a linha *Acolhimento com classificação de risco*, foram considerados três atributos: (1) a *Adequação da área física* (10 pontos) – verificada comparando-se a área existente no momento da avaliação à recomendada³ – classificada em (a) *inexistente* (0 ponto), na ausência de qualquer adequação; (b) *inadequada* – quando até 6 dos 10 itens estavam adequados (3); (c) *parcialmente adequada* – quando de 7 a 9 itens dos 10 preconizados estavam adequados (6);

³ Sala de espera, área para registro; sala para classificação de risco; sala para entrevista com acompanhantes e familiares; sala de ouvidoria; sala de apoio aos familiares; área de embarque e desembarque de ambulância; área para lavagem de pranchas e macas; ambiente de apoio administrativo; área para acolhimento, reunião e descanso dos trabalhadores.

EIXO I - ACOLHIMENTO, AMBIÊNCIA E DIREITOS DOS USUÁRIOS (250 pontos):

1. Acolhimento com classificação de risco (50 pontos):

- i) Adequação da área física (10 pontos) – presença de sala de espera, área para registro; sala para classificação de risco; sala para entrevista com acompanhantes e familiares; sala de ouvidoria; sala de apoio aos familiares; área de embarque e desembarque de ambulância; área para lavagem de pranchas e macas; ambiente de apoio administrativo; área para acolhimento, reunião e descanso dos trabalhadores:
 - a) Inexistente - nenhum dos itens adequados (0 ponto);
 - b) Inadequada - até 6 itens adequados (3 pontos);
 - c) Adequada - de 7 a 9 itens adequados (6 pontos);
 - d) Integral - todos os itens adequados (10 pontos).
- ii) Quantidade e qualidade de recursos humanos (20 pontos) – presença de seguranças, recepcionista, enfermeira ou psicóloga ou assistente social:
 - a) Nenhum (0 ponto);
 - b) Quantidade insatisfatória (10 pontos);
 - c) Quantidade satisfatória, com capacitação (20 pontos).
- iii) Aplicação de rotina (20 pontos):
 - a) Não há aplicação de rotina (0 ponto);
 - b) A rotina é aplicada parcialmente e insatisfatoriamente (5 pontos);
 - c) A rotina é aplicada parcialmente, mas satisfatoriamente (10 pontos);
 - d) A rotina é aplicada integralmente (20 pontos).

2. Garantia ao usuário de alimentação adequada (50 pontos):

- a) Os usuários não recebem as principais refeições (0 ponto);
- b) Os usuários recebem as principais refeições (50 pontos);

3. Garantia ao usuário a acompanhante em consultas e área de observação (50 pontos):

- i) Adequação da área física – presença de mobiliário (1 cadeira pelo menos) e sala de estar para os acompanhantes (10 pontos):
 - a) Área física inadequada (0 ponto)
 - b) Área física adequada (10 pontos).
- ii) Aplicação de rotina (40 pontos):
 - a) Não há aplicação de rotina (0 ponto).
 - b) A rotina é aplicada parcialmente (20 pontos);
 - c) A rotina é aplicada integralmente (40 pontos).

4. Estabelecimento de visitas abertas com horários agendados pelos cuidadores: aplicação de rotina (50 pontos):

- a) Não há aplicação de rotina: (0 ponto);
- b) A rotina é aplicada parcialmente (25 pontos);
- c) A rotina é aplicada integralmente (50 pontos).

5. Formação de grupo de humanização (50 pontos):

- i) Adequação de recursos humanos (20 pontos):
 - a) Não há grupo de humanização (0 ponto);
 - b) Há grupo, porém com quantidade insatisfatória de recursos humanos (10 pontos);
 - c) Há grupo com quantidade satisfatória de recursos humanos e com capacitação (20 pontos).
- ii) Aplicação de rotina (30 pontos):
 - a) Não há aplicação de rotina (0 ponto);
 - b) A rotina é aplicada parcialmente (20 pontos);
 - c) A rotina é aplicada integralmente (30 pontos).

continua

EIXO II – RESOLUÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA (250 pontos):

1. Garantia de quantidade de profissionais adequados à demanda – presença de clínicos e cirurgiões gerais e de especialidades, enfermeiros e técnicos de enfermagem, na quantidade programada de acordo com a escala (40 pontos):
 - a) < 60% (0 ponto);
 - b) 60-69% (5 pontos);
 - c) 70-79% (10 pontos);
 - d) 80-89% (20 pontos);
 - e) 90-100% (40 pontos).

2. Normalização de condutas médicas (35 pontos):
 - a) Nenhuma (0 ponto);
 - b) Uma normalização (15 pontos);
 - c) Duas normalizações (25 pontos);
 - d) Mais que duas normalizações (35 pontos).

3. Adequação da estrutura física - presença de áreas de observação (verde), de retaguarda (amarela) e de estabilização (vermelha) (35 pontos):
 - a) Inadequação (0 ponto);
 - b) Adequada, porém de forma adaptada (20 pontos);
 - c) Adequada (35 pontos).

4. Adequação de equipamentos na sala de estabilização e de retaguarda – presença em quantidade adequada para a demanda de desfibrilador, eletrocardiógrafo, monitor cardíaco, ventilador,ambu, aspirador elétrico de secreções, material de entubação, caixa de traqueostomia e de pequenas cirurgias, fonte fixa de oxigênio, de ar comprimido e de vácuo, cilindro de oxigênio e de ar comprimido, medicação de urgência na validade e recipiente para descarte de material pérfuro-cortante (35 pontos):
 - a) Inadequação (0 ponto);
 - b) Adequação (35 pontos).

5. Organização de retaguarda de especialidades médicas de acordo com a demanda (35 pontos):
 - a) Insuficiente (0 ponto);
 - b) Parcialmente suficiente (20 pontos);
 - c) Suficiente (35 pontos).

6. Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico de acordo com a demanda (35 pontos):
 - a) Insuficiente (0 ponto);
 - b) Parcialmente suficiente (20 pontos);
 - c) Suficiente (35 pontos).

7. Implantação de central de equipamentos de suporte e monitoramento de pacientes críticos (35 pontos):
 - a) Ausência de central (0 ponto);
 - b) Presença de central, funcionando em horário parcial (20 pontos);
 - c) Presença de central, funcionando em horário integral (35 pontos).

continua

Quadro 5 – Distribuição da pontuação entre eixos, linhas de ação e atributos da Política Qualisus para verificação do grau de implantação três hospitais inseridos na Política Qualisus.

EIXO III – RESPONSABILIZAÇÃO E GARANTIA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO (250 pontos):

1. Organização de plano de cuidado (horizontalização da atenção) (50 pontos):
 - i) Médicos (25 pontos):
 - a) Nenhuma equipe organizada (0 ponto);
 - b) Uma equipe, parcialmente organizada (5 pontos);
 - c) Duas ou mais equipes, parcialmente organizadas (10 pontos);
 - d) Uma equipe, integralmente organizada (15 pontos);
 - e) Duas ou mais equipes, integralmente organizadas (25 pontos).
 - ii) Enfermeiros (25 pontos):
 - a) Equipe não organizada (0 ponto);
 - b) Equipe parcialmente organizada (15 pontos);
 - c) Equipe integralmente organizada (25 pontos).
2. Implantação de prontuário interdisciplinar por problemas (40 pontos):
 - a) Implantação ausente (0 ponto);
 - b) Implantação presente (40 pontos).
3. Gestão de vagas (40 pontos):
 - i) Uso do censo hospitalar (20 pontos):
 - a) Uso ausente (0 ponto);
 - b) Uso Irregular (10 pontos);
 - c) Uso regular (20 pontos).
 - ii) Destinação de leitos para a urgência (20 pontos):
 - a) Ausente (0 ponto);
 - b) Presente (20 pontos).
4. Integração à central de leitos e de urgência (40 pontos):
 - a) Integração ausente (0 ponto);
 - b) Integração irregular (20 pontos);
 - c) Integração regular (40 pontos).
5. Garantia de continuidade da atenção (articulação com outras unidades pós-alta) (40 pontos):
 - a) Articulação ausente (0 ponto).
 - b) Articulação incipiente (10 pontos);
 - c) Articulação parcial e insuficiente (20 pontos);
 - d) Articulação parcial, porém suficiente (30 pontos);
 - e) Articulação plena (40 pontos).
6. Aplicação do kit alta – aplicação regular de relatório de alta; atestado médico; receita; retorno agendado; exames complementares agendados (40 pontos):
 - a) Ausência de aplicação (0 ponto)
 - b) Aplicação de dois itens (15 pontos);
 - c) Aplicação de pelo menos três itens (25 pontos);
 - d) Aplicação de todos os itens (40 pontos).

continua

Quadro 5 – Distribuição da pontuação entre eixos, linhas de ação e atributos da Política Qualisus para verificação do grau de implantação três hospitais inseridos na Política Qualisus.

EIXO IV – APRIMORAMENTO E DEMOCRATIZAÇÃO DA GESTÃO (250 pontos):

1. Instituição de gerência e colegiado multiprofissional da unidade de urgência (40 pontos):
 - i) Gerência (20 pontos):
 - a) Planejamento interno de atividades (10 pontos quando presente);
 - b) Relação com a direção do hospital – participação regular em reuniões (10 pontos quando presente).
 - ii) Colegiado multiprofissional (20 pontos):
 - a) Relação com os diversos setores do hospital – promoção regular de reuniões (10 pontos quando presente);
 - b) Relação com grupo técnico interinstitucional – participação regular em reuniões (10 pontos quando presente).
2. Estabelecimento de mecanismos permanentes de escuta dos usuários (implantação de ouvidoria) (35 pontos):
 - a) Serviço de ouvidoria ausente (0 ponto);
 - b) Serviço de ouvidoria presente e ativo (35 pontos).
3. Contratualização entre gestor e direção do hospital e desta com a unidade de produção-trabalho (35 pontos):
 - a) Ausência de contratualizações (0 ponto);
 - b) Contratualização entre gestor e direção do hospital (20 pontos).
 - c) Contratualização entre gestor, direção e unidades (35 pontos).
4. Implantação de sistema de informação com indicadores de qualidade, produção e custos (35 pontos):
 - a) Ausência de sistemas de informação (0 ponto);
 - b) Uso de um indicador (10 pontos);
 - c) Uso de dois indicadores (25 pontos);
 - d) Uso dos três indicadores (35 pontos).
5. Prestação de contas do plano de qualificação no Conselho Gestor e Conselho Municipal de Saúde (35 pontos):
 - a) Ausência de prestação de contas (0 ponto);
 - b) Prestação de conta em um dos conselhos (20 pontos);
 - c) Prestação de conta nos dois conselhos (35 pontos).
6. Implantação de plano de informatização no hospital (35 pontos):
 - a) Plano de informatização ausente (0 ponto);
 - b) Plano de informatização presente (35 pontos).
7. Elaboração de plano diretor do hospital e plano de trabalho das várias unidades (35 pontos):
 - a) Plano diretor e planos de trabalhos ausentes (0 ponto);
 - b) Plano diretor e planos de trabalho presentes (35 pontos).

Quadro 5 – Distribuição da pontuação entre eixos, linhas de ação e atributos da Política Qualisus para verificação do grau de implantação três hospitais inseridos na Política Qualisus.

adequada – quando os 10 itens previstos estavam presentes (10); (2) a *Quantidade e qualidade de recursos humanos* destinados à sua execução (20 pontos), cujos critérios eram (a) *nenhum* (0 ponto), (b) *quantidade insatisfatória* – de acordo com a demanda (10), e (c) *quantidade satisfatória e com capacitação* – de acordo com a demanda (20); e a (3) *Aplicação de rotina* de trabalho (20 pontos), por sua vez, classificada em (a) *inexistente* (0 ponto); (b) *parcialmente e insatisfatoriamente* (5), quando o processo de acolhimento com classificação de risco era aplicado esporadicamente, a depender do número de funcionários disponíveis na escala do plantão; (c) *parcialmente, mas satisfatoriamente* (10), quando a rotina era aplicada durante os períodos de maior movimento do setor; e (d) *integralmente* (20) e sem interrupção.

A linha de ação *Garantia de usuário à alimentação adequada* (50 pontos) foi considerada implantada quando os pacientes em observação no setor de urgências recebiam rotineiramente pelo menos as três refeições principais. Já a avaliação da *Garantia ao usuário a acompanhante em consultas e área de observação* levou em conta dois atributos: (1) a *Adequação da área física* (10 pontos), que considerou a presença de mobiliário (pelo menos uma cadeira) e de sala de estar para os acompanhantes e (2) a *Aplicação de rotina* (40 pontos), classificada em (a) *inexistente* (0 ponto), (b) *parcialmente* (20) – quando aplicada em períodos limitados ou dirigida a usuários específicos, como crianças ou idosos, como previsto em lei – e (c) *integralmente* (40), quando aplicada continuamente para todos os usuários.

A linha de ação *Estabelecimento de visitas abertas com horários agendados pelos cuidadores* (50 pontos) disse respeito à flexibilidade para troca de acompanhante de modo *parcial* (25 pontos), quando permitidas somente durante períodos limitados e de modo *integral* (50 pontos). Por fim, a *Formação de Grupo de Trabalho de Humanização* (50 pontos) levou em conta os atributos: (1) *Adequação de recursos humanos* (20 pontos), que foi classificada como (a) *Inexistente* (0 ponto), (b) *em quantidade insatisfatória* (10) em relação à demanda do serviço – e (c) *em quantidade satisfatória e com capacitação* específica para a função, (20); e o atributo (2) *Aplicação de rotina* (30 pontos), que considerou os critérios (a) *inexistente* (0 ponto); (b) *parcialmente* (20) – quando a rotina era aplicada irregularmente – e (c) *integralmente* (30), quando a aplicação da rotina era contínua e específica ao setor.

O Eixo II, *Resolução diagnóstica e terapêutica*, foi composto por 7 linhas de ação. Por isso, para fins de arredondamento, a linha *Garantia de quantidade de profissionais adequados à demanda* acabou recebendo maior pontuação que as demais (40 pontos). A pontuação desta

linha foi determinada de acordo com a proporção percentual do número de profissionais existentes em relação ao número de vagas existentes em cada serviço, classificada em faixas: (a) < 60% (0 ponto); (b) 60-69% (5); (c) 70-79% (10); (d) 80-89% (20); (e) 90-100% (40). A linha de ação *Normalização de condutas médicas* (35 pontos) considerou a elaboração e aplicação no próprio serviço de (a) *nenhuma* (0 ponto), (b) *uma* (15) (c) *duas* (25) ou (d) *mais que duas* (35) delas.

A linha de ação *Adequação da estrutura física* (35 pontos) levou em conta a divisão do setor de urgências em áreas de observação, de estabilização e de retaguarda, que poderiam estar distribuídas de forma (a) *inadequada* (0 ponto), (b) *adaptada* (20) ou (b) *conforme o preconizado* (35), respeitando áreas e planejamento arquitetônico (SANTOS, J. S., 2005a). Já a *Adequação de equipamentos na sala de estabilização e de retaguarda* (35 pontos) considerou a existência de uma lista mínima de aparelhagem em quantidade suficiente para suprir a demanda dos setores de urgência de cada hospital ⁴. As linhas de ação *Organização de retaguarda de especialidades médicas de acordo com a demanda* e *Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico de acordo com a demanda* (35 pontos cada uma) levaram em conta as particularidades de cada hospital. Foram classificados em (a) *insuficiente* (0 ponto), (b) *parcialmente suficiente* (20) e *suficiente* (35). Por fim, a linha de ação *Implantação de central de equipamentos de suporte e monitoramento de pacientes críticos* (35 pontos) levou em conta (a) a *não existência* de central, (b) o seu funcionamento em (b) *horário parcial* (20 pontos) ou (c) *integral* (35).

O Eixo III, *Responsabilização e garantia de continuidade do cuidado* (250 pontos), incluiu seis linhas de ação. Novamente, uma das linhas de ação recebeu pontuação maior que as demais para fins de arredondamento. A *Organização do plano de cuidados* (50 pontos) se referiu à “horizontalização” da atenção, ou seja, à formação de equipes de profissionais diaristas, ao invés de plantonistas, promovendo a vinculação desses aos usuários. Foram levadas em conta equipes (1) *Médicas* (25 pontos) e (2) de *Enfermagem* (25 pontos). Em relação à primeira, o critério de pontuação considerou o número de especialidades “horizontalizadas” e o grau de “horizontalização”, ou seja, a proporção de dias úteis cobertos pelas equipes. Assim, pôde-se classificar em (a) *Nenhuma equipe organizada* (0 ponto), (b)

⁴ Desfibrilador, eletrocardiógrafo, monitor cardíaco, ventilador, ambu, aspirador elétrico de secreções, material de entubação, caixa de traqueostomia e de pequenas cirurgias, fonte fixa de oxigênio, de ar comprimido e de vácuo, cilindro de oxigênio e de ar comprimido, medicação de urgência na validade e recipiente para descarte de material perfuro-cortante (SANTOS, J. S., 2005a).

Uma equipe parcialmente organizada (5), (c) *Duas ou mais equipes parcialmente organizadas* (10), (d) *Uma equipe integralmente organizada* (15) e (e) *Duas ou mais equipes integralmente organizadas* (25). O grau de “horizontalização” também foi levado em conta nas equipes de Enfermagem, classificando-a em (a) *equipe não organizada* (0 ponto), (b) *equipe parcialmente organizada* (15) e (c) *equipe integralmente organizada* (25).

As outras cinco linhas de ação desse eixo representaram pontuação de 40. A *Implantação de prontuário interdisciplinar por problemas* se referiu à existência de prontuário organizado por problemas de ordem psico-bio-sócio-cultural, associados às respectivas linhas de conduta. A linha de ação *Gestão de vagas* levou em conta: (1) o *Uso do censo hospitalar* (20 pontos), ou seja, o tanto o acesso quanto a utilização dessa informação pelos profissionais do setor de urgências para internamento dos usuários em outros setores do hospital, de modo (a) *ausente* (0 ponto), (b) *irregular*, sem rotina estabelecida (10) ou (c) *regular* (20); e a (2) *Destinação de leitos para a urgência* (20 pontos), ou seja, a reserva de certa proporção dos leitos hospitalares para internamento de usuários a partir do setor de urgência, evitando conflitos com pacientes eletivos.

A linha de ação *Integração à central de leitos e de urgência* (40 pontos) levou em conta a rotina de intercâmbio de informações entre o SUE hospitalar e a central de regulação médica, classificada como (a) *integração ausente* (0 ponto), (b) *integração irregular*, sem rotina estabelecida (20) ou (c) *integração regular* (40). Já a *Garantia de continuidade da atenção* (40 pontos) considerou a articulação do setor de urgência com outras unidades (unidades básicas de saúde, equipes de programa de saúde da família, ambulatórios especializados, hospitais de retaguarda) para assecuração do destino do usuário após a sua alta, quando necessário. Foi classificada em (a) *articulação ausente* (0 ponto), (b) *incipiente* (10), quando envolvia apenas uma especialidade, (c) *parcial e insuficiente* (20), no caso de ser realizada pela minoria das especialidades, (d) *parcial, porém suficiente* (30), no caso de ser realizada pela maioria delas, e (e) *plena* (40), quando todos os usuários contavam com a continuidade do cuidado necessária, independentemente da especialidade envolvida. A linha de ação *Aplicação do “kit” alta* levou em conta o fornecimento rotineiro para todo o usuário no momento da alta de relatório de alta, receita médica, atestado médico, agendamento de retorno e de exames complementares. Foi classificada em (a) *ausência de aplicação* (0 ponto), (b) *aplicação de dois itens* (15), (c) *de três itens ou mais* (25) e de (d) *todos os itens* (40).

Finalmente, o Eixo IV, *Aprimoramento e democratização da gestão*, foi composto por sete linhas de ação, representado 35 pontos cada, exceto a linha *Instituição de gerência e colegiado multiprofissional da unidade de urgência*, que recebeu pontuação de 40. Nessa linha, em relação à (1) *Gerência do setor de urgência* (20 pontos), foi levado em consideração o (a) *Planejamento interno de atividades* (10 pontos quando presente) e (b) *Participação regular de reuniões com a diretoria* (10 pontos quando presente). No tocante ao (2) *Colegiado multiprofissional de urgência* (20 pontos), levou-se em conta a (a) *Promoção regular de reuniões com os diferentes setores do hospital* (10 pontos quando presente) e a (b) *Participação regular de reuniões com o grupo técnico interinstitucional* (10 pontos quando presente). A linha de ação *Estabelecimento de mecanismos permanentes de escuta dos usuários* (35 pontos) consistiu na existência de serviço de ouvidoria no hospital com equipe ativa e adequada à demanda de cada serviço (35 pontos).

A *Contratualização entre gestor e direção do hospital e desta com a unidade de produção-trabalho* (35 pontos) levou em conta a existência de pactos de trabalho entre o gestor de saúde e direção do hospital (20 pontos) e entre o gestor, a direção e as unidades de trabalho (35 pontos). A linha de ação *Implantação de sistema de informação com indicadores de qualidade, produção e custos* (35 pontos) considerou o emprego rotineiro pelo setor de urgência um ou mais dentre os indicadores de *qualidade, produção e custos*, de modo informatizado ou não. Foi classificada em: (a) *ausência de sistemas de informação* (0 ponto); (b) *uso de um indicador* (10); (c) *uso de dois indicadores* (25) e (d) *uso dos três indicadores* (35). No caso da *Prestação de contas do plano de qualificação no Conselho Gestor e no Conselho Municipal de Saúde* (35 pontos) considerou-se (a) *ausência de prestação de contas* (0 ponto); (b) *prestação em apenas em um dos conselhos* (20) ou (c) *prestação nos dois conselhos* (35). Na linha de ação *Implantação de plano de informatização no hospital* (35 pontos) foi levada em conta a existência de plano em curso ou terminado de implantação de sistema de informação único e integrando os setores. Enfim, a última linha de ação desse eixo se consistiu na *Elaboração de plano diretor do hospital e plano de trabalho das várias unidades* (35 pontos quando presentes).

4.3.2 Coleta, registro e análise dos dados.

A coleta de dados para a avaliação normativa do grau de implantação da política nos hospitais foi realizada com o auxílio de um formulário (Apêndice A). Em cada hospital, foram entrevistados pelo menos dois componentes da direção e/ou da coordenação do SUE, entre os meses de julho e setembro de 2007. Na ocorrência de disparidades entre respostas, um terceiro ou até um quarto componente foi entrevistado. Os dados foram registrados e analisados com o auxílio do programa Microsoft Excel®.

4.4 Observação do contexto organizacional.

4.4.1 Eleição das variáveis.

Como a análise de implantação foi realizada considerando-se o Componente I, as características contextuais do meio foram consideradas as variáveis independentes, tendo como variável dependente o grau de implantação. As variáveis contextuais foram eleitas tomando-se como base o *modelo político e contingente*, embora aspectos dos modelos racional, do desenvolvimento organizacional e psicológico também tenham sido utilizados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). O Quadro 6 expõe, para cada um desses modelos, questões pertinentes às características contextuais que podem influenciar o grau de implantação. Assim, o contexto assumido neste estudo foi centrado na organização hospitalar, a qual inclui as variáveis *atores internos e externos e os ambientes interno e externo*:

- Os *atores internos* observados foram os membros da comissão de implantação, diretores e profissionais de saúde do SUE. Deles, foram estudados as características e o comportamento perante a intervenção;
- Os mesmos atributos foram observados em relação aos *atores externos* ao hospital, compostos pelo MS, mais precisamente pelos técnicos do envolvidos na Política Qualisus (coordenação e consultores) e pela SES, tanto os técnicos da Gerência de

Assistência à Saúde, que participaram ativamente do processo de implantação, quanto a gerência de recursos humanos;

- Na observação do *ambiente interno* foi dada ênfase à estrutura física, organizacional e de recursos humanos dos SUE;
- Como *ambiente externo* ao hospital foi considerado o entorno caracterizado pelo próprio SAUE.

MODELO	INFLUÊNCIA NO GRAU DE IMPLANTAÇÃO
Racional (controle, hierarquia).	Os comportamentos dos dirigentes facilitam a implantação da intervenção? O conteúdo da intervenção é transmitido corretamente aos agentes de implantação? Existem mecanismos que permitem acompanhar a implantação da intervenção?
Desenvolvimento organizacional (participação, consenso, adaptação).	Os agentes de implantação possuem habilidades necessárias à implantação da intervenção? Os agentes de implantação evoluem em um contexto de trabalho favorável à implantação de intervenção? Os agentes de implantação entenderam a informação necessária à implantação da intervenção? Há consenso entre os agentes de implantação sobre os diferentes componentes da intervenção?
Psicológico (atitudes, crenças, comportamento, resistência).	Há resistência por parte dos indivíduos ou dos grupos à implantação das intervenções? Os postulados que regem o comportamento dos indivíduos ou dos grupos na organização são favoráveis a uma implantação da intervenção? Por que as experiências acumuladas na organização favorecem ou limitam a implantação da intervenção?
Político e contingente (atores, conflitos, poder, estratégia, atributos organizacionais e dos gestores, características do ambiente)	As relações entre atores são modificadas pela implantação da intervenção? Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação? Os atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção? As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a implantação da intervenção?

Quadro 6 – Questionamentos sobre as características contextuais que podem influenciar o grau de implantação, segundo os diferentes modelos de análise das mudanças.

Fonte: adaptado de Denis; Champagne (1997).

4.4.2 Coleta, registro e análise dos dados.

A observação do contexto organizacional foi realizada por meio de uma abordagem qualitativa envolvendo entrevistas com 18 informantes-chave que participaram ativamente de todo o processo de implantação da política no estado, configurando assim uma amostra intencional: membros da diretoria e dos SUE de cada hospital (doze informantes-chave), membros da SES (três) e membros do Ministério da Saúde (três).

A entrevista qualitativa foi escolhida para esse estudo com o propósito de obter do entrevistado o seu olhar sobre a vida real e desse modo interpretar o significado do fenômeno narrado. A entrevista possibilita assim a interação entre o pesquisador (entrevistador) e os sujeitos (entrevistados) com base na situação a ser trabalhada, além de permitir a coleta por inteiro do testemunho do entrevistado, e não apenas da palavra escrita. Foi eleito o modo não estruturado de entrevista, que se utiliza de um roteiro condutor, e não de um questionário com perguntas pré-definidas, ampliando assim o caráter exploratório do estudo e valorizando a presença do investigador, o que permite maior liberdade e espontaneidade no diálogo por parte do entrevistado. O roteiro de entrevista foi elaborado com base nos modelos conceituais já explicitados anteriormente (KVALE, 1996c).

Para a realização das entrevistas, foram tomados de início os cuidados com os procedimentos éticos: apresentação do pesquisador, esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e motivos da escolha do informante-chave, garantia de anonimato e sigilo das informações e, por fim, a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) (KVALE, 1996a). As entrevistas foram conduzidas pelo próprio pesquisador e registradas integralmente em gravador digital. Foi realizada uma entrevista-piloto para prova do roteiro, que acabou sendo incorporada à pesquisa. As entrevistas tiveram início em agosto de 2006 e foram finalizadas em outubro de 2007. A duração média das entrevistas foi de 48 minutos, variando entre 24 e 70 minutos.

As duas primeiras entrevistas foram transcritas pelo próprio pesquisador. Devido ao tempo consumido no processo (cerca de 8 horas cada entrevista), foi contratado um técnico para a transcrição das demais. Essas transcrições foram revistas com base nas gravações pelo pesquisador para verificar a correspondência e fidedignidade dos textos. Foi dado às

transcrições um “estilo literário”, introduzindo-se pontuações com o objetivo de dar às palavras escritas o mesmo sentido que o expresso no discurso ouvido (KVALE, 1996c). As transcrições foram armazenadas em editor de texto Microsoft Word®, perfazendo um total de 210 páginas em espaço simples, fonte *Times New Roman*.

Para a análise das entrevistas, foi utilizada a técnica da *condensação de significados* (KVALE, 1996d). Esta técnica consiste no resumo dos significados encontrados no conteúdo das entrevistas, em um formato condensado, sem perda da sua essência, permitindo a transformação de textos longos em notas curtas. O pesquisador busca identificar no texto transcrito as *unidades naturais* da entrevista – frases ou expressões curtas que contêm os significados e idéias em um formato condensado. A identificação das unidades naturais permite a organização de textos compactos, condensados, diretamente relacionados às perguntas de pesquisa previamente estabelecidas, ainda que leis às percepções dos entrevistados.

As perguntas de pesquisa utilizadas na análise por condensação de significados foram diretamente derivadas dos objetivos do estudo e do modelo interpretativo do contexto. Para cada pergunta foram extraídas duas ou três sub-perguntas:

- **Pergunta 1:** As características dos gestores, do ambiente e da organização favoreciam a implantação da intervenção?
 - *Sub-pergunta 1A:* Havia consenso entre os agentes internos (dirigentes e comissão de implantação) sobre a adequação e oportunidade dos componentes da intervenção em relação ao hospital e dentro da rede de assistência à saúde?
 - *Sub-pergunta 1B:* Os agentes de implantação possuíam habilidades necessárias para a implantação da intervenção?
- **Pergunta 2:** Em que as estratégias dos atores se opunham ou favoreciam a implantação?
 - *Sub-pergunta 2A:* O comportamento dos agentes internos (dirigentes e comissão de implantação) facilitava a implantação da intervenção?
 - *Sub-pergunta 2B:* O comportamento dos agentes externos (consultores, secretarias e órgãos associados) facilitava a implantação da intervenção?
 - *Sub-pergunta 2C:* O modo de implantação das ações foi adequado?

- **Pergunta3:** Os atores que controlavam as bases de poder na organização foram favoráveis à implantação da intervenção?
 - *Sub-pergunta 3A:* Houve resistência por parte dos indivíduos ou dos grupos à implantação das intervenções?
 - *Sub-pergunta 3B:* Houve mudanças nas relações de poder entre os vários agentes internos?

A análise dos textos transcritos procedeu-se da seguinte maneira:

- As entrevistas foram analisadas uma de cada vez, tendo as perguntas de pesquisa como guia para procura das informações.
- As entrevistas eram lidas por inteiro para o entendimento do seu significado como um todo.
- As entrevistas eram relidas três vezes por inteiro para identificar e selecionar as *unidades naturais* de acordo com cada uma das três perguntas de pesquisa.
- As *unidades naturais* eram reescritas e de cada uma eram derivadas os *temas centrais*, redigidos de maneira o mais simples possível.
- Uma resposta essencial para cada pergunta de pesquisa era elaborada a partir das *unidades naturais*.

Foi utilizada uma matriz de registro como auxílio ao processo de análise das entrevistas de acordo com o método da condensação de significado (Apêndice C) (KVALE, 1996d, p. 195-196).

Foram utilizadas citações literais a partir das transcrições das entrevistas com o objetivo de trazer ao leitor os olhares e interpretações dos entrevistados expressos em suas próprias palavras. As citações literais permitem também que os leitores tenham a oportunidade de avaliar se as explicações dadas pelo pesquisador são adequadas às descrições citadas, conforme é recomendado nas pesquisas qualitativas (KVALE, 1996b).

4.5 Aspectos éticos.

De acordo com a resolução No 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, foi solicitado consentimento livre e esclarecido aos profissionais e usuários ao participarem do estudo, garantindo-se a confidencialidade das informações e o seu anonimato. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital da Restauração, aprovado sob o registro CAAE no 0053.0.102.097-06.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa seção será apresentada a descrição da implantação da Política Qualisus no município do Recife, seguida pelo relato e análise dos estudos de caso, no tocante à verificação dos graus de implantação e à influência nestes dos fatores contextuais.

5.1 Implantação da Política Qualisus no município do Recife

Logo à formulação da Política Qualisus, ao longo do primeiro semestre de 2004, o Recife foi escolhido como município-piloto para sua implantação, juntamente com Goiânia (GO), Porto Alegre (RS) e o Rio de Janeiro (RJ). Após breve negociação, em 31 de agosto de 2004 foi assinado um protocolo de intenções entre o MS e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, registrando as condições de cooperação mútua entre as esferas de poder, elegendo os hospitais onde a política seria implantada e definindo os eixos de pactuação quanto aos processos de formulação e implantação (PERNAMBUCO, 2004).

Ao longo do segundo semestre de 2004, foram realizadas avaliações situacionais nos hospitais sob condução de técnicos do MS, quando foram levantadas as dificuldades estruturais, gerenciais e técnicas dos SUE dos três hospitais. A partir dessas análises, foram discutidos e planejados os investimentos em estrutura física e compra de equipamentos. A partir de então, segundo relato, as negociações entre as equipes da Política Qualisus e da SES se sucederam de forma pouco harmoniosa devido a divergências quanto à alocação de recursos e à forma de implantação das ações programáticas. Os desentendimentos continuaram até a mudança do secretariado, em janeiro de 2005 (Entrevistado 16).

A partir deste momento foram iniciados os trabalhos dentro dos hospitais, com a constituição das comissões intra-hospitalares que iriam coordenar o processo de implantação. Em uma primeira fase, que durou de janeiro a junho de 2005, as comissões promoveram uma série de reuniões com grupos variados de profissionais de saúde envolvidos direta e indiretamente

com os SUE, com o objetivo de divulgar a implantação da política e esclarecer as suas natureza e composição. Nestas reuniões também eram elaboradas e discutidas estratégias de execução das inovações, em uma construção que envolvia o próprio corpo clínico de cada hospital, dentro do enfoque estratégico de planejamento recomendado (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b). Todo esse processo contou com a assessoria dos consultores especialmente contratados pela coordenação da política, que visitavam os hospitais a cada 15 dias, permanecendo por dois ou três dias. A cada visita dos consultores, a SES organizava encontros entre estes, comissões de implantação e outros componentes do SAUE para avaliação e troca de experiências (PERNAMBUCO, 2006).

Em março de 2005, em reunião conjunta das comissões, foram lançadas propostas de padronização de ações e definição de estratégias de implantação. Ao mesmo tempo, a partir de reuniões entre gerentes técnicos da SES e secretários de saúde componentes da I Gerência Regional de Saúde (GERES)⁵, decidiu-se pela inclusão do Samu, da CRMU e do Departamento de Recursos Humanos da SES no processo. Com base nas análises até então realizadas, em maio de 2005 foi elaborada agenda contendo as linhas de ação eleitas consideradas como prioritárias para implantação imediata, dentre as componentes da política nos três hospitais (Quadro 7). Nesse mesmo mês, membros da SES, CRMU, Samu e dos hospitais incluídos na política visitaram hospitais das cidades de Limeira e Ribeirão Preto (São Paulo), com o objetivo de apreciar experiências semelhantes de melhoria de qualidade em serviços de urgência (PERNAMBUCO, 2005c, 2005e, 2005f). Em junho foram realizadas oficinas para capacitação das equipes dos SUE nas tecnologias *Acolhimento com classificação de risco* e *Gestão de Leitos*. Houve ainda em novembro uma terceira oficina nos mesmos moldes, sobre *Gestão da Porta de Urgência* (PERNAMBUCO, 2006). O dia 1º de julho de 2005 foi o escolhido para o início oficial da linha de ação *Acolhimento com classificação de risco* nos Hospitais A e C (PERNAMBUCO, 2005d).

Concomitante a essas atividades, técnicos da SES, sob orientação da coordenação da política, encarregaram-se de elaborar projetos de financiamento para melhoria de infra-estrutura nos hospitais, incluindo reforma física e compra de equipamentos (PERNAMBUCO, 2005g, 2006).

⁵ Inclui os municípios do Recife, Olinda, Paulista, Goiana, Araçoiaba, Fernando de Noronha, Cabo de Santo Agostinho, Chã Grande, Jaboatão dos Guararapes, Itapissuma, Camaragibe, Ipojuca, Ilha de Itamaracá, Abreu e Lima, Vitória de Santo Antão e São Lourenço da Mata.

- Implantação sistemática de acolhimento com avaliação de risco (Eixo I);
- Capacitação da equipe do acolhimento em processos relacionais, interativos e política de cidadania (direito à informação) (Eixo I);
- Garantia de acompanhantes nas consultas e na área de observação e de retaguarda (Eixo I);
- Estabelecimento de visitas abertas com horários agendados com os cuidadores (Eixo I);
- Criação de grupos de humanização com plano de trabalho definido (Eixo I);
- Implantação de protocolos clínicos e terapêuticos (Eixo II);
- Organização de Planos de Cuidado (horizontalização da atenção) (Eixo III);
- Implantação sistemática de gestão de vagas e tempo de permanência (Garantia de percentual de leitos para emergência) (Eixo III);
- Implantação do “kit alta”: relatório de alta, atestados, receita, retornos e exames agendados pré-alta (Eixo III);
- Estabelecimento de mecanismos permanentes de escuta dos usuários (Implantação de serviço de ouvidoria) (Eixo IV);

Quadro 7 – Linhas de ação (e respectivos eixos) da Política Qualisus eleitas como prioritárias para implantação em três hospitais do município do Recife.

Ainda em julho de 2005, foi decidida pela formação do Comitê Metropolitano de Urgência e Emergência (CMUE), a ser composto por representantes da SES, algumas SMS, hospitais e órgãos afins⁶. Em agosto, foi realizada a I Oficina do CMUE, onde foram identificados e discutidos os problemas do SAUE regional e lançadas propostas de metas de execução. Os principais problemas apontados nessa ocasião foram: (1) serviços de pronto-atendimento com estrutura física inadequada e baixa resolutividade; (2) carências de recursos humanos; (3) carência de infra-estrutura de apoio diagnóstico; (4) inadequação de fluxo de referência e contra-referência e regulação; (5) baixa resolutividade da rede básica; (6) falta de capacitação

⁶ Gerentes técnicos da SES e das SMS dos municípios de Recife, Olinda, Caruaru, Abreu e Lima, São Lourenço da Mata, Camaragibe, Ipojuca, Itapissuma, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes e Moreno, Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco (COSEMS-PE), Secretaria de Defesa Social – Corpo de Bombeiros Militar, Polícia Rodoviária Federal, I e IV GERES e hospitais das Clínicas, Barão de Lucena, Oswaldo Cruz, Getúlio Vargas, Agamenon Magalhães, Regional do Agreste, Restauração, IMIP – Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira e Otávio de Freitas .

técnica e profissional e (7) ausência de concurso público (PERNAMBUCO, 2005a, 2005b, 2005d).

No mesmo mês de agosto de 2005 decidiu-se pela inclusão de dois hospitais na política: O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, em Recife, e o Hospital Regional do Agreste, em Caruaru. Porém, nesses hospitais a implantação da política não passou da discussão de propostas (Entrevistados 6 e 16).

Em outubro de 2005, houve a decisão de expandir a Política Qualisus às demais regiões metropolitanas das capitais estaduais. Segundo relatos (Entrevistados 12 e 16), esse fato representou uma forte interferência negativa no andamento da política no Recife, pois essa expansão não foi acompanhada pelo aumento necessário do número de técnicos e consultores. Além disso, nessa época já eram evidentes as dificuldades para liberação de verbas para investimento estrutural devido a uma alegada inadequação dos projetos até então elaborados. Para suprir as necessidades da expansão, foi realizado remanejamento de atividades dos técnicos e consultores ora disponíveis, limitando as atuações destes nos municípios inicialmente incluídos na política, privilegiando os recém-admitidos. Na sequência, mudanças na regra de contratação de consultores por órgãos do governo federal dificultaram a manutenção dos já inseridos na Política Qualisus, comprometendo de uma vez a progressão das atividades (Entrevistado 16). De fato, a frequência de visitas, que no início eram quinzenais, caiu – de acordo com relatos (Entrevistadas 6 e 14) e relatório (PERNAMBUCO, 2006), durante o ano de 2006 ocorreram apenas três delas, a última em abril. Há ainda registro de reunião do CMUE realizada em novembro (PERNAMBUCO, 2006) e, segundo relatos (Entrevistadas 6, 11 e 14), houve mais dois outros encontros durante o primeiro semestre de 2006, porém sem a presença de membros da política.

Conforme relatos, do ponto de vista do financiamento para melhorias estruturais, no período em houve atividades conjuntas entre o MS e a SES, entre janeiro de 2005 e abril de 2006, para os três hospitais incluídos na política houve a liberação de verbas somente para aquisição de equipamentos de diagnóstico por imagem. Porém, nesse mesmo período, parte do orçamento destinado à política foi liberada para realização reformas estruturais de outros hospitais que não faziam parte da política. Com o fim das atividades dos consultores em abril de 2006, a Política Qualisus passou a se focar estritamente no financiamento para melhorias estruturais de grandes hospitais em todo o país (Entrevistados 4, 14 e 16). Durante o segundo semestre de

2006 e primeiro semestre de 2007, ocorreu gradualmente a liberação de verbas destinadas à aquisição de equipamentos para os Hospitais A e B e reforma física do Hospital C.

Do ponto de vista político-organizacional, a coordenação da Política Qualisus manteve-se ligada à Secretaria Executiva do MS até meados de 2005, quando passou para a Secretaria de Assistência à Saúde. A mesma coordenação permaneceu até abril de 2006, porém houve mudanças na equipe de consultores. Durante os 16 meses que duraram as visitas, três consultores foram destinados ao Hospital A e dois ao Hospital B. Apenas o Hospital C permaneceu durante o período com o mesmo consultor, porém este teve que prestar serviço também em outras capitais a partir de setembro de 2005. Atualmente, apesar de ainda contar com sítio eletrônico⁷, as atividades da Política Qualisus relativas às inovações organizacionais estão sob a responsabilidade da coordenação da PNH (Entrevistado 16).

O Quadro 8 mostra a cronologia das principais atividades relacionadas à implantação da Política Qualisus em Pernambuco, assim como as atividades do pesquisador.

5.2 Relatos e análises dos estudos de caso

Neste tópico, serão apresentados os resultados e as análises de cada caso estudado, no tocante ao grau de implantação, à observação do contexto organizacional e à influência do contexto sobre o grau de implantação.

⁷ http://potalsaude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20388 [acessado em 24/05/2008].

Data	Evento
1º semestre de 2004	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração da Política Qualisus - Escolha das capitais: Rio de Janeiro, Porto Alegre, Goiânia e Recife.
31/08/2004	<ul style="list-style-type: none"> - Assinatura do protocolo de intenções entre MS, SES de Pernambuco e SMS de Recife
2º semestre de 2004	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação situacional dos hospitais - Escolha das comissões de implantação - Negociações entre MS e SES
Janeiro de 2005	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança da equipe da SES
Janeiro a junho de 2005	<ul style="list-style-type: none"> - Início das visitas dos consultores aos hospitais; - Reuniões entre as comissões de implantação; - Reuniões das comissões de implantação com o corpo clínico dos hospitais; - Elaboração de pré-projetos para financiamento de melhorias estruturais.
Março de 2005	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusão do Samu, CRMU, Departamento de Recursos Humanos da SES.
Abril de 2005	<ul style="list-style-type: none"> - Início da observação participante*
Maio de 2005	<ul style="list-style-type: none"> - Eleição das linhas de ação prioritárias para implantação; - Visita a hospitais de Limeira e Ribeirão Preto (SP).
Junho de 2005	<ul style="list-style-type: none"> - Oficina de capacitação em “Acolhimento com classificação de risco”. - Oficina de capacitação em “Gestão de Leitos”.
01/07/2005	<ul style="list-style-type: none"> - Início do Acolhimento com classificação de risco nos Hospitais A e C.
Julho de 2005	<ul style="list-style-type: none"> - Formação do CMUE.
Agosto de 2005	<ul style="list-style-type: none"> - I Oficina do CMUE. - Inclusão do Hospital das Clínicas da UFPE e do Hospital Regional do Agreste (Caruaru, PE). - Mudança da coordenação da Política Qualisus da Secretaria Executiva para a Secretaria de Assistência à Saúde do MS.
Outubro de 2005	<ul style="list-style-type: none"> - Expansão da Política Qualisus para as demais capitais estaduais. - Mudança nas regras de contratação de consultores.
Fevereiro de 2006	<ul style="list-style-type: none"> - Fim da observação participante*
Abril de 2006	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança da coordenação da Política Qualisus. - Fim das visitas dos consultores.
2º semestre de 2006 a 1º semestre de 2007	<ul style="list-style-type: none"> - Liberação de verbas para reforma de área física (Hospital C) e aquisição de equipamentos (Hospitais A e B).
Agosto de 2006 a outubro de 2007	<ul style="list-style-type: none"> - Realização das entrevistas*
Julho a setembro de 2007	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da avaliação normativa nos três hospitais*

Quadro 8 – Cronologia das principais atividades relacionadas à implantação da Política Qualisus em Pernambuco e às atividades do pesquisador.

Notas: MS: Ministério da Saúde; SES: Secretaria Estadual de Saúde; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; CMUE: Comitê Metropolitano de Urgências e Emergências; CRMU: Central de Regulação Médica de Urgência; UFPE: Universidade Federal de Pernambuco; * atividades realizadas pelo pesquisador.

5.2.1 Hospital A

5.2.1.1 O grau de implantação

No Hospital A, a Política Qualisus alcançou grau de implantação incipiente (50% do esperado). Considerando os eixos separadamente, apenas o Eixo I, que trata do acolhimento, da ambiência e do direito dos usuários, obteve grau de implantação avançado (78%). O Eixo II, que aborda a resolução diagnóstica e terapêutica, alcançou grau intermediário (68%), enquanto que nos Eixos III (*Responsabilidade e Garantia de Continuidade do Cuidado*) e IV (*Aprimoramento e Democratização da Gestão*), o grau foi incipiente (34 e 18%, respectivamente) (Gráfico 1).

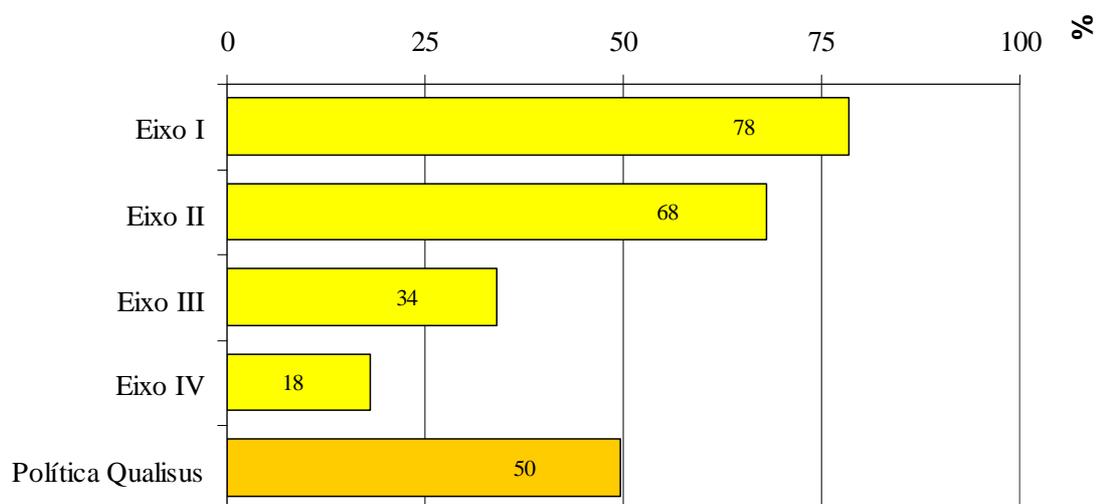


Gráfico 1 - Graus de implantação da Política Qualisus e de seus eixos no Hospital A - Recife, 2007

A Tabela 1 mostra a pontuação obtida por cada eixo e linha de ação no Hospital A.

Tabela 1 – Grau de implantação conforme eixos, linhas de ação e seus atributos da Política Qualisus no Hospital A – Recife, 2007.

Eixos, linhas de ação e seus atributos	Pontuação obtida	Pontuação máxima	%
Eixo I – Acolhimento, ambiência acolhedora e direitos dos usuários	196	250	78 ⁽¹⁾
Acolhimento com classificação de risco*	26	50	52 ⁽²⁾
Adequação da área física	6	10	60 ⁽²⁾
Recursos humanos	10	20	50 ⁽³⁾
Aplicação de rotina	10	20	50 ⁽³⁾
Garantia ao usuário a alimentação adequada	50	50	100 ⁽¹⁾
Garantia ao usuário a acompanhante*	40	50	80 ⁽¹⁾
Adequação da área física	0	10	0 ⁽³⁾
Aplicação de rotina	40	40	100 ⁽¹⁾
Estabelecimento de visitas abertas*	50	50	100 ⁽¹⁾
Formação de grupo de humanização*	30	50	60 ⁽²⁾
Recursos humanos	10	20	50 ⁽³⁾
Aplicação de rotina	20	30	67 ⁽²⁾
Eixo II – Resolução diagnóstica e terapêutica	170	250	68 ⁽¹⁾
Garantia de quantidade e qualidade de profissionais	10	40	25 ⁽³⁾
Normalização de condutas médicas*	0	35	0 ⁽³⁾
Adequação da área física	20	35	57 ⁽²⁾
Adequação de equipamentos	35	35	100 ⁽¹⁾
Organização da retaguarda de especialidades médicas	35	35	100 ⁽¹⁾
Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico	35	35	100 ⁽¹⁾
Implantação de central de equipamentos	35	35	100 ⁽¹⁾
Eixo III – Responsabilização e garantia de continuidade do cuidado	85	250	34 ⁽³⁾
Horizontalização da atenção*	10	50	20 ⁽³⁾
Médicos	10	25	40 ⁽³⁾
Enfermeiros	0	25	0 ⁽³⁾
Implantação de prontuário interdisciplinar	0	40	0 ⁽³⁾
Gestão de vagas*	0	40	0 ⁽³⁾
Uso do censo hospitalar	0	20	0 ⁽³⁾
Destinação de leitos para a urgência	0	20	0 ⁽³⁾
Integração à central de leitos e de urgência	40	40	100 ⁽¹⁾
Garantia de continuidade da atenção pós-alta	10	40	25 ⁽³⁾
Aplicação do “kit alta”*	25	40	63 ⁽²⁾
Eixo IV – Aprimoramento e democratização da gestão	45	250	18 ⁽³⁾
Instituição de gerência e colegiado multiprofissional	20	40	50 ⁽³⁾
Gerência	20	20	100 ⁽¹⁾
Planejamento interno das atividades	10	10	100 ⁽¹⁾
Reuniões com a direção	10	10	100 ⁽¹⁾
Colegiado	0	20	0 ⁽³⁾
Participação em reuniões	0	10	0 ⁽³⁾
Reuniões com grupo técnico	0	10	0 ⁽³⁾
Implantação de ouvidoria*	0	35	0 ⁽³⁾
Contratualização entre gestor e direção	0	35	0 ⁽³⁾
Implantação de sistema de informação com indicadores	25	35	71 ⁽¹⁾
Prestação de contas nos Conselhos Gestor e Municipal de Saúde	0	35	0 ⁽³⁾
Implantação de plano de informatização do hospital:	0	35	0 ⁽³⁾
Elaboração de plano diretor do hospital	0	35	0 ⁽³⁾
TOTAL	496	1.000	50 ⁽³⁾

Nota: * Linhas de ação eleitas como prioritárias para implantação; (1) Grau avançado de implantação (76 a 100%); (2) Grau intermediário de implantação (51 a 75%); (3) Grau incipiente de implantação (0 a 50%).

Analisando-se as linhas de ação isoladamente, 8 das 25 (32%) obtiveram implantação de grau avançado, sendo que 7 (28%) estavam totalmente implantadas (Gráfico 2).

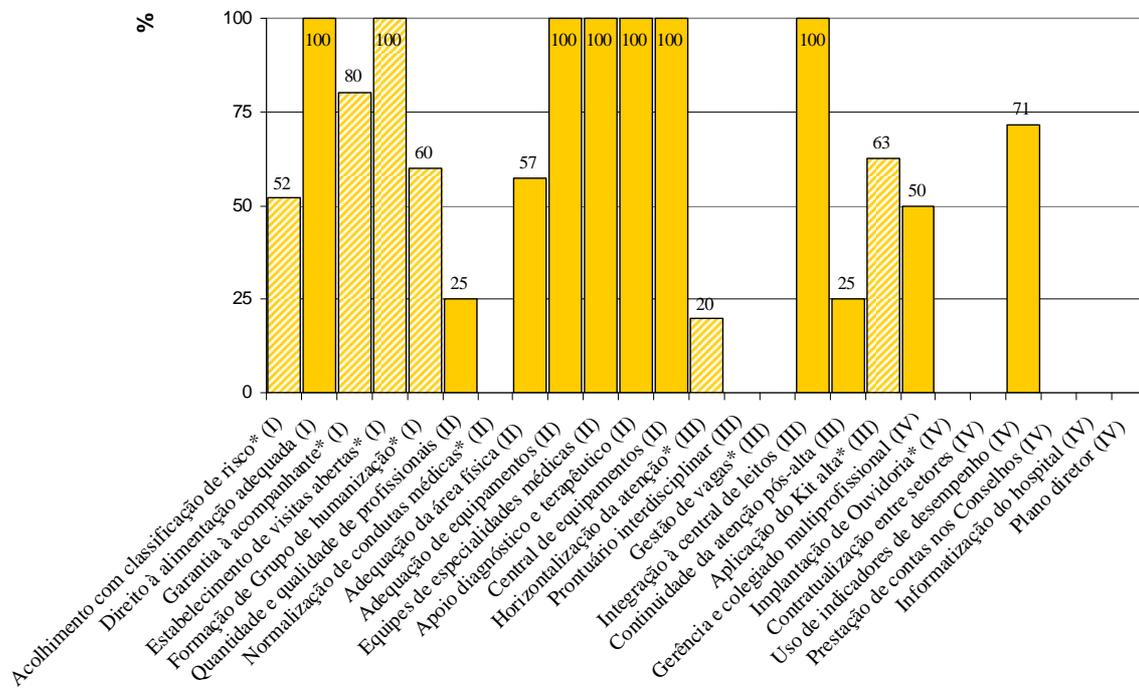


Gráfico 2 - Grau de implantação das linhas de ação (eixo) da Política Qualisus no Hospital A, Recife, 2007

Nota: * linhas de ação prioritárias para implantação (barras hachuradas)

Destas, 4 pertenciam ao Eixo II, duas ao Eixo I e uma ao Eixo III. Por outro lado, 13 linhas de ação (52%) obtiveram grau incipiente, sendo nulo em 8 (32%). Destas, 5 pertenciam ao Eixo IV. Cinco linhas de ação alcançaram grau intermediário de implantação. Das 9 linhas de ação eleitas pelos hospitais como prioritárias para implantação, apenas 2 (22,2%) obtiveram grau avançado.

Outras 3 alcançaram grau intermediário (33,3%) e em 4 (44,4%), o grau de implantação foi considerado incipiente (Tabela 2). A pontuação obtida pelas 9 linhas tomadas em conjunto correspondeu a 45% da pontuação máxima alcançável. As cinco linhas de ação componentes do Eixo I obtiveram grau de implantação maior que 50%, sendo que em três das quais o grau foi maior que 75%. Das 9 linhas prioritárias, 4 pertenciam a esse eixo. Duas delas, a *Garantia ao usuário a acompanhante* e o *Estabelecimento de visitas abertas*, ambas dependentes apenas da introdução de rotinas simples, foram as que obtiveram melhor resultado (100 e

80%). A *Formação de grupos de humanização* (grau de implantação de 60%, intermediário) em hospitais é uma ação prevista na PNH, portanto, preexistente à Política Qualisus (BRASIL, 2000, 2006c). Durante o período, o Hospital A contou com o auxílio da SES no provimento de recursos humanos especificamente para este fim. A última ação, o *Acolhimento com classificação de risco*, também alcançou grau intermediário (52%). Por ser uma tecnologia totalmente nova para os profissionais de saúde do SUE, era a mais exigente em termos de adequação de estrutura física, organização e capacitação de pessoal, estas dependentes exclusivamente do empenho da direção, da comissão de implantação e dos consultores. Durante o período de planejamento das implantações, houve oficina de capacitação específica para esta tecnologia. Mesmo sem ter havido reforma estrutural programada, o espaço do SUE foi adaptado para a sua implantação.

Tabela 2 – Graus de implantação das linhas de ação consideradas prioritárias da Política Qualisus no Hospital A – Recife, 2007.

Linhas de ação (eixo)	Pontuação obtida	Pontuação máxima	%
Acolhimento com classificação de risco (I)	26	50	52 ⁽²⁾
Garantia ao usuário a acompanhante (I)	40	50	80 ⁽¹⁾
Estabelecimento de visitas abertas (I)	50	50	100 ⁽¹⁾
Formação de grupo de humanização (I)	30	50	60 ⁽²⁾
Normalização de condutas médicas (II)	0	35	0 ⁽³⁾
Horizontalização da atenção (III)	10	50	20 ⁽³⁾
Gestão de vagas (III)	0	40	0 ⁽³⁾
Aplicação do “kit alta” (III)	25	40	63 ⁽²⁾
Implantação de ouvidoria (IV)	0	35	0 ⁽³⁾
TOTAL	181	400	45 ⁽³⁾

Nota: (1) Grau avançado de implantação; (2) Grau intermediário de implantação; (3) Grau incipiente de implantação.

O Eixo II obteve grau de implantação intermediário (68%), superado apenas pelo Eixo I. Neste eixo havia apenas uma linha de ação considerada como prioritária, a *Normalização de condutas médicas*, que obteve grau nulo de implantação. Ou seja, o SUE do Hospital A não adotara, até o momento do estudo, nenhum guia de conduta diagnóstica e terapêutica, conforme o preconizado. Por outro lado, das 6 linhas de ação restantes do Eixo II, quatro se encontravam totalmente implantadas: *Adequação de equipamentos*, *Organização da retaguarda de especialidades médicas*, *Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico* e *Implantação de central de equipamentos*. Esse achado corrobora com o papel de

centro de referência que o Hospital A exerce dentro do sistema de saúde regional. Destas quatro, a linha de ação *Adequação da área física* (grau de implantação de 57%) exigiu a atuação da comissão de implantação para a divisão de forma improvisada da área de emergência em níveis de complexidade identificados por cores (azul, verde, amarelo e vermelho). Durante o período entre a implantação da política e o momento do estudo não havia ainda ocorrido a reforma estrutural prevista na assinatura do protocolo de intenções (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b). O grau incipiente de implantação obtido pela linha de ação *Garantia de quantidade e qualidade de profissionais* (25%) exprime a dificuldade do hospital em manter o número adequado de recursos humanos lotados no seu SUE.

Os graus de implantação dos Eixos III e IV foram considerados incipientes (34 e 18%). Sete das 13 linhas de ação dos dois eixos tomados em conjunto apresentaram grau nulo de implantação. Três das 6 linhas de ação do Eixo III eram prioritárias. Entre elas, a *Aplicação do “kit alta”*, que obteve grau intermediário de implantação. As outras duas, *Horizontalização da atenção* e *Gestão de vagas*, apresentaram grau incipiente (20% e 0). A ação de “horizontalizar” as equipes assistenciais do SUE esbarrou na rigidez do regime de trabalho adotado pelos hospitais pertencentes à rede pública estadual: os profissionais de saúde que atuavam em escala de plantão recebem gratificação específica adicional ao salário, o que não ocorre com os profissionais diaristas. Foram necessários acordos entre a direção do hospital e as equipes de assistência para a criação, para algumas especialidades, de escalas horizontais de trabalho, ainda que incompletas. Em relação à linha de ação *Gestão de vagas*, apesar de existência de censo hospitalar, a movimentação de paciente entre o SUE e os outros setores do hospital continuava sendo realizada mediante contato direto entre médicos ou enfermeiros. Apesar do Hospital A representar papel importante no SAUE regional, o objetivo de se reservar uma proporção de leitos dos setores de internamento para pacientes oriundos do SUE não foi alcançado.

Em relação ao Eixo IV, dentre as 7 linhas de ação, cinco obtiveram grau nulo de implantação. Três delas diziam respeito ao aprimoramento da gestão e ao controle social, as quais não haviam sido trabalhadas até o momento desse estudo (*Estabelecimento de contratualização entre gestor e direção do hospital e desta com unidades de produção-trabalho; Implementação de plano de informatização do hospital; Elaboração do plano diretor do hospital e plano de trabalho das várias unidades*). As outras duas alcançaram grau

intermediário: *Instituição de gerência e colegiado multiprofissional* (50%) e *Implantação de sistema de informação com indicadores* (71%). Sobre esta última, o uso de indicadores de produção e qualidade como ferramenta de monitoramento de desempenho tornou-se rotineiro no SUE do Hospital A, mesmo não fazendo parte da lista de linhas de ação de implantação prioritária. Em relação à primeira, o organograma gerencial dos hospitais estaduais do Estado de Pernambuco dificultava mudanças ou adaptações em sua estrutura, como, por exemplo, a formação de um colegiado multiprofissional de urgência e emergência próprio do hospital (SANTOS, J. S., 2005b). A linha de ação prioritária *Implantação de serviço de ouvidoria (estabelecimento de mecanismos permanentes de escuta dos usuários)* obteve grau nulo de implantação.

5.2.1.2 *O contexto organizacional e sua influência no grau de implantação.*

A descrição do contexto organizacional e a análise da influência deste no grau de implantação das ações da Política Qualisus no Hospital A serão apresentadas de acordo com as suas variáveis: os atores internos e externos e os ambientes interno e externo.

Atores internos – *comissão de implantação, diretores e profissionais de saúde do SUE:*

Os membros da comissão de implantação da Política Qualisus no Hospital A foram escolhidos com base na representatividade dentro do hospital e do próprio SUE. A comissão possuía um núcleo de liderança que incluía a médica coordenadora do setor, a enfermeira coordenadora do corpo de enfermagem do hospital e uma assistente social, membro da diretoria. Todos eles, assim como os diretores, tinham em comum o fato de serem funcionários de longa data do hospital. Identificavam-se, portanto, com a instituição e se consideravam profundos conhecedores dos seus problemas, tomando o seu enfrentamento como desafio.

Tanto os membros da comissão quanto a diretoria do Hospital A enxergavam a Política Qualisus como uma boa oportunidade para melhoria da qualidade do hospital. Consideravam-na bem elaborada, além de oportuna para o momento no qual o hospital e o SAUE regional passavam. Consideravam-na também viável, apesar de sua abrangência e complexidade. Dois dos três membros da comissão de implantação possuíam pós-graduação *senso lato* em administração em saúde.

Eu dei plantão na emergência dezesseis anos, e nunca vi ninguém fazer programa olhado pra gente na emergência, certo? Então, só o fato de você ter pessoas, não só a nível local, mas no nível de ministério, pensando na emergência, alguma coisa de diferente está acontecendo em relação à Emergência. (Entrevistado 3)

A comissão de implantação atuava em sintonia, mantendo-se sempre em contato por meio de reuniões formais e informais. Procurava executar o plano de metas estabelecido, com maior sucesso na realização das ações que dependeram exclusivamente do esforço próprio. Os diretores geral e técnico incentivavam as iniciativas da comissão e forneciam o apoio necessário. Cada membro da comissão se encarregava de manter a interface com as respectivas categorias profissionais. “O Hospital A, que tinha uma gestão altamente comprometida, tinha gente a fim de fazer, sentia o problema na pele, tinha motivação, rolava” (Entrevistada 16). A adesão da comissão de implantação e da diretoria à implantação da Política Qualisus no Hospital A foi fundamental para o andamento de todo o processo.

Houve resistência inicial à implantação da política por parte dos profissionais e trabalhadores do SUE. Conforme advertiram os consultores, médicos e enfermeiros demonstraram maior resistência que as demais categorias profissionais (assistentes sociais e psicólogos) e de nível médio. “O profissional tem muita resistência em todos os níveis. Todos os profissionais de todas as categorias eles têm resistência” (Entrevistada 1). “‘Eu vou ter mais trabalho’. ‘Eu vou trabalhar mais’. As observações eram estas. ‘Eu não quero ter mais trabalho não, quero dar o meu plantãozinho e ir-me embora’” (Entrevistada 2).

A parte de enfermagem [...] foi um grupo que eu achava desde o começo que não ia dar certo. Porque já estavam há muito tempo [no serviço], porque já viram vários projetos acontecerem. [...] Na equipe de enfermagem a maioria tinha muitos anos de emergência. (Entrevistada 11)

Grande parte da percepção de “trabalho extra” foi devido à expectativa de introdução da tecnologia *Acolhimento com classificação de risco*, que incluía novas atribuições aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros. “Não é que a enfermagem tenha ficado insensível à questão do acolhimento. É que ela continuou estressadíssima, sobrecarregadíssima. E não queria ter que trazer mais aquela outra atribuição que no caso era a classificação [de risco]” (Entrevistada 11). Cabe destacar que a equipe de enfermagem do SUE do Hospital A na sua maioria era formada por profissionais em fim de carreira, pouco afeitos a inovações, atraídos ao setor pelas gratificações de maior valor àquele local de trabalho. Com a assimilação de seu conteúdo ao longo do tempo, boa parte do corpo clínico passou a ser favorável.

Ambiente interno: estrutura física, organizacional e de recursos humanos

O Hospital A, pela sua estrutura e complexidade, ocupava uma posição chave dentro do SAUE local e de todo o sistema público de saúde, e, por esse motivo, era privilegiado em termos de investimento.

Internamente a gente consegue se organizar melhor. [...] Não falo nem se organizar, mas a gente consegue ter um poder de barganha maior por ser esse hospital de grande porte, por ser um hospital muito visado, um hospital muito vitrine, a gente consegue. (Entrevistada 2)

[...] o hospital tem uma facilidade de mudanças. Lógico, tem uma resistência também. Mas, a gente ao mesmo tempo, por sermos os pioneiros, a gente também tem essa cultura de mudança. [...] Assim é que dá certo e as pessoas se espelham no que a gente faz, e isso é bom. Mas eu acredito que as outras unidades não tenham conseguido nessa totalidade que a gente conseguiu (Entrevistada 2)

Contraditoriamente, sofria uma deficiência crônica e crescente de recursos humanos de nível médio e superior. Esta deficiência era mais sentida no SUE, local onde as más condições de trabalho eram mais evidentes. O déficit de recursos humanos era parcialmente remediado pela contratação temporária de profissionais, função exercida pela gerência de recursos humanos da SES, uma vez que o Hospital A pertence à esfera estadual de saúde. O déficit de pessoal representou um grande entrave à implantação da Política Qualisus no Hospital A, como no caso da linha de ação *Acolhimento com classificação de risco*.

A implantação da ação *Horizontalização da atenção* encontrou uma barreira importante na rigidez organizacional, representada pelo vínculo profissional-serviço estabelecido em escalas verticais de plantão. A “horizontalização” de duas equipes médicas foi conseguida por meio de acordos para cumprimento de carga horária com a direção.

Atores externos – MS e SES:

Durante janeiro de 2005 e abril de 2006, o Hospital A contou com a assessoria de três consultores diferentes. Na percepção dos atores internos, os consultores do MS possuíam uma boa visão do SAUE local, motivavam as equipes e estavam cumprindo bem a estratégia de planejamento. “Achei fundamental a vinda deles com a frequência, a gente talvez achasse que eles deveriam vir mais, [mas] eles não vinham pelo quantitativo deles. Mas foi fundamental a presença deles aqui” (Entrevistada 2).

Muito embora especificamente aqui em Pernambuco, a gente teve a sorte de ter consultores muito sensibilizados, tecnicamente muito bons, com uma visão muito boa de rede. [Um dos consultores] foi quem encabeçou o comitê gestor [de urgências]. Alavancou de alguma forma a implantação do Samu Metropolitano. (Entrevistada 11)

O método empregado pelos consultores dentro dos hospitais foi adequado. O estabelecimento de metas, responsabilização e prazos permitiu a assimilação gradual do conteúdo complexo e inovador da política pelo extenso corpo clínico. A visita a hospitais do estado de São Paulo foi esclarecedora, inspiradora e motivadora. “A gente trabalhou em cima de metas, uma coisa muito boa. Nossos consultores, assim que chegavam, colocavam as metas e a gente brigava pra cumprir aquilo, desenvolver a ferramenta que fosse necessária pra gente atingir aquilo” (Entrevista 11).

A gente teve uma oportunidade de fazer uma viagem que abriu muito a cabeça da gente, que foi a viagem pra São Paulo. [...] Primeiro serviu pra juntar as equipes dos três hospitais. Segundo, mostrou pra gente que a coisa existe, que ela é palpável, ela tem possibilidade, despertou a nossa curiosidade, e a gente começou a estudar mais em relação aquilo. (Entrevistada 11)

Segundo os entrevistados, não houve habilidade na condução da política por parte do MS (coordenação da política) e SES no tocante ao repasse de verbas para a execução de reformas estruturais e renovação de equipamentos. Essas ações foram tomadas erroneamente pelos

atores internos como contrapartida ao cumprimento das metas de implantação, e a demora em cumpri-las acabou desestimulando-os. A interrupção abrupta da visita dos consultores pôs a perder todo o trabalho de motivação anteriormente realizado. “A gente não caminhou com a questão dos equipamentos, principalmente com a reforma [estrutural]. De repente, a gente se preparou para uma estrutura e não desenvolveu porque não houve a reforma” (Entrevistada 1). “Eu acho que o Qualisus perdeu um pouco a credibilidade por essa falta de ações que foram prometidas e não foram cumpridas” (Entrevistada 2).

Na realidade, a gente começou com muito pique. Na questão do acolhimento, classificação, de relacionamento com o doente, de relacionamento com as instituições, de tentar mudar a carga horária de médicos, de horizontalizar. Mas a gente viu que o outro lado realmente ficou estagnado. (Entrevistada 11)

Infelizmente, ao final, parece que as outras pessoas estavam de certa forma com razão em não acreditar tanto. Nós é que entramos muito de cabeça. E aí eu acho que foi um grande complicador. Eu acho que [...] a gente perdeu uma boa oportunidade de mudar a cabeça das pessoas. E as pessoas da parte médica que restaram, depois do processo todo continuam por lá, dificilmente vão acreditar em outro [programa de governo]. (Entrevistada 11)

A política de recursos humanos da SES, de acordo com os entrevistados, não foi capaz de suprir o déficit crônico de pessoal, apesar da realização de concursos e contratações temporárias. Os profissionais selecionados pelos concursos acabavam não se fixando no SUE, conseguindo facilmente a transferência para outros setores, e até para outros serviços, de acordo com a própria conveniência.

No concurso a gente recebeu [profissionais] para todas as categorias. Nós pedimos seis assistentes sociais para o Qualisus e só vieram duas. Psicólogas também, fisioterapia, então todas as categorias que tinham previsão não foram atendidas em absolutamente nada. Lógico, vieram, mas vieram com déficit muito grande. Os recursos humanos continuam sendo um grande problema para o Estado. (Entrevistada 1)

Mas ao mesmo tempo em que a gente recebeu aquelas pessoas [do concurso], a gente passou um período muito bom, mas depois saiu perdendo, com transferências que a própria secretaria viabilizou. [...] A maioria das questões por interesse pessoal mesmo. (Entrevistada 11)

Ambiente externo: o SAUE local

A elevada demanda no SUE do Hospital A, em grande parte formada por pacientes de baixa complexidade, tornava o ambiente pouco propício à implantação da Política Qualisus. “Então você imagine quando a gente tem duzentos e setenta pacientes para noventa leitos na emergência, não tem quem assimile o Qualisus, não tem quem assimile nada” (Entrevistada 1). Boa parte dessa demanda excessiva e espontânea foi associada pelos entrevistados à baixa resolutividade das atenções primária e secundária da rede local, por sua vez decorrente da carência de infra-estrutura física (unidades básicas de saúde) e de recursos humanos com formação em urgência nos municípios circunvizinhos e na própria capital.

Da demanda do hospital, você vai ver que de 35 a 40 por cento são do grande Recife. Aí e depois vêm as prefeituras, que são em ordem, Olinda, Jaboatão, Camaragibe e Igarassu. E você somar isso, é responsável por 80 por cento das pessoas que vêm pra aqui. Aquela história de dizer que o interior é o problema, não, o interior é vinte por cento só. O grande problema está aqui. (Entrevistado 3)

[O hospital] não [deveria] receber o crônico, o seqüelado, que faz febre, que fica sonolento e o pessoal quer que o “neuro” veja... Porque a partir do momento que ele entra, e que o “neuro” faz uma “tomo”, um hemograma, um sumário de urina e um “iono”, ele infecta. E aí o paciente se torna complexo. No momento que você inicia um Rocefin na urgência, você não consegue encaminhar esse paciente para canto nenhum, porque a rede conveniada só faz ampicilina. (Entrevistada 11)

Outro fator apontado para o aumento da demanda foi a implantação do Samu Metropolitano, que por um lado melhorou as condições de transporte do usuário do local da ocorrência ao hospital, porém de outro, atuou sem regulação.

Para a população [com a implantação do Samu] ficou melhor, até porque não se morre mais na rua, se morre menos hoje na calçada. Hoje quem está na região metropolitana tem o mesmo acesso de quem está aqui na cidade do Recife. Mas a gente sente que o Samu Metropolitano foi uma das razões porque a população dos hospitais aumentou. (Entrevistada 1)

O Samu não é ruim, o Samu traz um benefício muito grande para o usuário, principalmente aquele tem uma situação financeira mais comprometida. [...] O que precisa é ordenar esse tipo de doente. [...] O doente levou um corte, aí liga pra policlínica não sei o quê, não tem cirurgião, não tem isso, então vamos levar para o hospital porque eu sei que tem cirurgião lá. Agora, o que precisaria era exatamente a integração do Samu com a central de regulação e funcionar. (Entrevistado 3)

Apesar de estarem sendo implantados concomitantemente, pelo fato de serem conduzidas por secretarias ministeriais diferentes, não houve integração entre as ações da Política Qualisus e dos Samu Metropolitanos. Do mesmo modo, não houve investimentos nos demais componentes do SAUE, o pré-hospitalar fixo e a CRMU. Um dos resultados esperados pelo corpo clínico do hospital com a implantação da Política Qualisus, a diminuição da demanda de pacientes não-graves na porta de entrada, acabou não acontecendo, contribuindo para a insatisfação dos profissionais do SUE e da comissão de implantação.

[...] Só que o que se esperava que acontecesse, que seria a redução do número de pacientes [na porta de entrada], não houve. Basicamente é isso. E quando você começa a perder os seus aliados, perder não, quando você começa a ficar desacreditado pelos aliados, isso complica, porque você conseguiu, você convenceu, você, entre aspas, prometeu, que aquilo iria acontecer e aquilo não está acontecendo. Ou não está com a velocidade que você esperava, que talvez a gente tenha colocado isso neles, essa rapidez, essa varinha mágica. (Entrevistada 2)

Se você não trabalhou a rede hospitalar fixa, se você não melhorou em nada, não investiu em nada nessa rede [...] O Samu tem que levar para um hospital de referência. Ficou o componente pré-hospitalar móvel, sendo investido, ficou o componente dos hospitais de referência com investimento, e se perderam dois componentes: o pré-hospitalar fixo e o hospital geral de pequeno porte, que são outros dois projetos que não saíram do canto em nível do Ministério. (Entrevistada 11)

5.2.1.3 *Conclusões*

Considerando a Política Qualisus como um todo, sua introdução no Hospital A alcançou 50% dos pontos máximos obteníveis com base no escore de pontuação estabelecido para esta pesquisa, o que lhe confere um grau incipiente de implantação. Considerando os eixos em separado, os resultados relativos aos Eixos I e II foram melhores que os dos Eixos III e IV. Em outras palavras, de acordo com a Política Qualisus, o Hospital A estava mais bem preparado em termos de acolhimento, ambiência, direitos do usuário e resolutividade diagnóstica e terapêutica, do que em responsabilização, garantia de continuidade do cuidado e aprimoramento e democratização da gestão.

Estudando-se o contexto em que se inseriu o processo de implantação da Política Qualisus no Hospital A, não se consegue identificar fatores que expliquem essa variação. No máximo, pode-se inferir que o grau avançado alcançado pelo Eixo I foi resultado da presença de 4 entre suas 5 linhas de ação escolhidas como prioritárias, associado ao fato que duas delas eram de implantação simples (*Estabelecimento de visitas abertas* e *Garantia de acompanhantes*). Já o grau intermediário atingido pelo Eixo II, apesar de conter apenas uma linha prioritária, pode ser explicado por este reunir ações relativas à estrutura necessária para a resolutividade diagnóstica e terapêutica, condizentes com o perfil de alta complexidade do Hospital A.

Apesar de 4 das 9 linhas de ação prioritárias pertenciam aos Eixos III e IV, o grau de implantação alcançado por ambos foi incipiente. A explicação para este achado pode residir no fato de que a implantação da ação *Acolhimento com classificação de risco* (Eixo I) tenha tomado a maior parte do tempo e dos esforços dos atores internos durante os meses de visitas regulares dos consultores, entre janeiro e outubro de 2005.

A análise do contexto à busca de fatores influenciadores do grau de implantação da Política Qualisus no Hospital A faz-nos identificar mais obstáculos do que incentivos. Entre estes, a principal força motriz de todo o processo, o engajamento e dedicação dos seus agentes internos de implantação, a comissão de implantação e a diretoria. Seus componentes eram identificados com o serviço e reuniam propriedades como representatividade e liderança. Enxergaram na política uma oportunidade de melhoria tanto das condições tanto de assistência aos usuários, quanto de trabalho dos profissionais de saúde e eram da opinião de que o Hospital A não podia deixar de fazer da Política Qualisus um sucesso. Houve excelente relacionamento entre os agentes internos de implantação e os consultores do MS, apesar das sucessivas trocas. A estratégia de implantação, utilizada dentro do hospital, baseada no enfoque estratégico de planejamento, foi bem absorvida e aceita pelos agentes internos.

Os demais fatores estudados representaram entraves para a implantação da Política Qualisus. Houve resistência por parte dos profissionais de saúde do SUE, já esperada pelos agentes de implantação. A categoria que demonstrou maior resistência foi a da enfermagem, que questionou o aumento potencial da carga de trabalho relativo à implantação de ações, como o *Acolhimento com classificação de risco*. Além disso, na sua maioria era formada por profissionais em fim de carreira, pouco afeitos a inovações. Com o progresso dos trabalhos, a resistência entre os profissionais de saúde diminuiu.

O déficit de recursos humanos, associado à superlotação do SUE representaram os principais entraves à implantação da Política Qualisus no Hospital A. A deficiência numérica de pessoal durante o período de estudo, pouco atenuada pela realização de concursos públicos e contratações temporárias pela SES, dificultou a implantação de linhas de ação que exigiam maior carga de trabalho, como o *Acolhimento com classificação de risco*. Já o excesso de usuários à porta de entrada seria reflexo da incapacidade dos demais componentes do SAUE regional em absorver pacientes de baixa e média complexidade. A implantação do Samu Metropolitano parece ter acentuado este problema, já que facilitou o transporte dos usuários de forma desordenada desde o local de origem até o hospital.

Por fim, o próprio MS (coordenação da política) representou um empecilho à implantação da Política Qualisus ao não cumprir em tempo hábil o repasse de verbas destinadas às reformas estruturais e renovação do parque de equipamentos. A não efetivação dessas reformas contribuiu para a perda da credibilidade da política e a desmoralização dos agentes de implantação. A política entrou de vez em descrédito quando houve a interrupção das visitas dos consultores. O Hospital A recebeu equipamentos para o SUE por meio de verbas da Política Qualisus no primeiro semestre de 2007.

5.2.2 Hospital B.

5.2.2.1 O grau de implantação.

No Hospital B, o grau de implantação da Política Qualisus foi de 47% (incipiente). Os Eixos I (*Acolhimento, Ambiência e Direitos dos Usuários*) e II (*Resolutividade Diagnóstica e Terapêutica*) alcançaram grau intermediário de implantação (69 e 60%), enquanto que nos Eixos III (*Responsabilização e Garantia de Continuidade do Cuidado*) e IV (*Aprimoramento e Democratização da Gestão*) o resultado obtido foi incipiente (34% e 24%) (Gráfico 3). A Tabela 3 mostra a pontuação obtida por cada eixo e linha de ação no Hospital B.

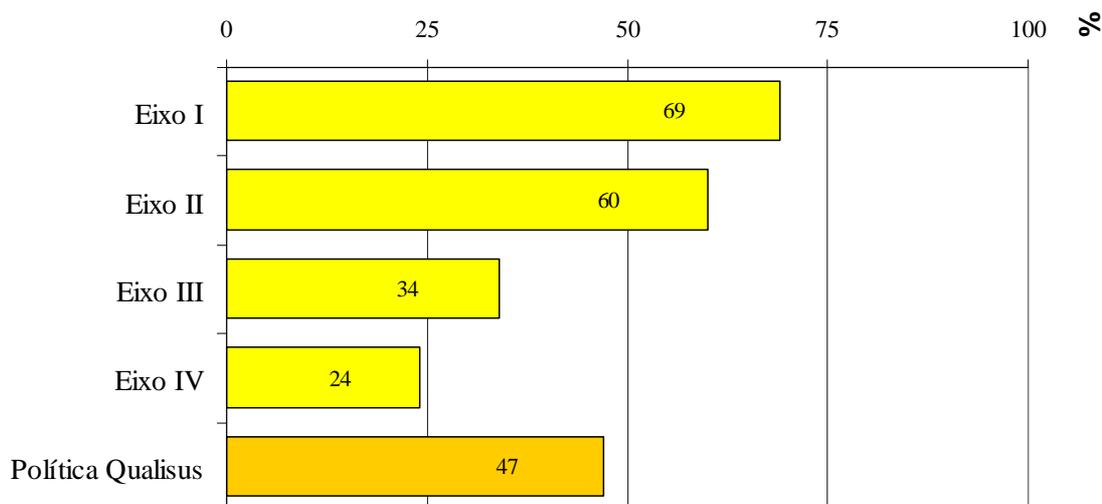


Gráfico 3 - Graus de implantação da Política Qualisus e de seus eixos no Hospital B - Recife, 2007

Considerando-se as 25 linhas de ação isoladamente, 7 delas (28%) atingiram grau avançado de implantação, sendo que em 6 a implantação foi plena (100%) (Gráfico 4). Dentre as 7, três pertenciam ao Eixo I, três ao Eixo II e uma ao Eixo III. Em quase metade das linhas de ação (12 ou 48%) o grau de implantação foi considerado incipiente. Dentre essas 12, cinco pertenciam ao Eixo IV, quatro ao Eixo III, dois ao Eixo II e uma ao Eixo I. Em 7 (28%) o grau foi nulo. Entre as 9 linhas de ação eleitas como prioritárias para implantação, em apenas 2 o grau de implantação alcançado foi avançado. Em outras 3 o grau foi intermediário, enquanto que nas outras 4, incipiente. Considerando essas 9 ações em conjunto, o grau de implantação foi de 45% (Tabela 4).

Tabela 3 – Grau de implantação conforme eixos, linhas de ação e atributos da Política Qualisus no Hospital B – Recife, 2007.

Eixos, linhas de ação e atributos	Pontuação obtida	Pontuação máxima	%
I. Acolhimento, ambiência acolhedora e direitos dos usuários	173	250	69 ⁽²⁾
Acolhimento com classificação de risco*	3	50	6 ⁽³⁾
Adequação da área física	3	10	30 ⁽³⁾
Recursos humanos	0	20	0 ⁽³⁾
Aplicação de rotina	0	20	0 ⁽³⁾
Garantia ao usuário a alimentação adequada	50	50	100 ⁽¹⁾
Garantia ao usuário a acompanhante*	40	50	80 ⁽¹⁾
Adequação da área física	0	10	0 ⁽³⁾
Aplicação de rotina	40	40	100 ⁽¹⁾
Estabelecimento de visitas abertas*	50	50	100 ⁽¹⁾
Formação de grupo de humanização*	30	50	60 ⁽²⁾
Recursos humanos	10	20	50 ⁽³⁾
Aplicação de rotina	20	30	67 ⁽²⁾
II. Resolução diagnóstica e terapêutica	150	250	60 ⁽²⁾
Garantia de quantidade e qualidade de profissionais	5	40	13 ⁽³⁾
Normalização de condutas médicas*	0	35	0 ⁽³⁾
Adequação da estrutura física	20	35	57 ⁽²⁾
Adequação de equipamentos	35	35	100 ⁽¹⁾
Organização da retaguarda de especialidades médicas	35	35	100 ⁽¹⁾
Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico	35	35	100 ⁽¹⁾
Implantação de central de equipamentos	20	35	57 ⁽²⁾
III. Responsabilização e garantia de continuidade do cuidado	85	250	34 ⁽³⁾
Horizontalização da atenção*	10	50	20 ⁽³⁾
Médicos	10	25	40 ⁽³⁾
Enfermeiros	0	25	0 ⁽³⁾
Implantação de prontuário interdisciplinar	0	40	0 ⁽³⁾
Gestão de vagas*	0	40	0 ⁽³⁾
Uso do censo hospitalar	0	20	0 ⁽³⁾
Destinação de leitos para a urgência	0	20	0 ⁽³⁾
Integração à central de leitos e de urgência	40	40	100 ⁽¹⁾
Garantia de continuidade da atenção pós-alta	10	40	25 ⁽³⁾
Aplicação do “kit alta”*	25	40	63 ⁽²⁾
IV. Aprimoramento e democratização da gestão	60	250	24 ⁽³⁾
Instituição de gerência e colegiado multiprofissional	20	40	50 ⁽³⁾
Gerência	20	20	100 ⁽¹⁾
Planejamento interno das atividades	10	10	100 ⁽¹⁾
Reuniões com a direção	10	10	100 ⁽¹⁾
Colegiado	0	20	0 ⁽³⁾
Participação em reuniões	0	10	0 ⁽³⁾
Reuniões com grupo técnico	0	10	0 ⁽³⁾
Implantação de ouvidoria*	20	35	57 ⁽²⁾
Contratualização entre gestor e direção	0	35	0 ⁽³⁾
Implantação de sistema de informação com indicadores	0	35	0 ⁽³⁾
Prestação de contas nos Conselhos	20	35	57 ⁽²⁾
Implantação de plano de informatização do hospital:	0	35	0 ⁽³⁾
Elaboração de plano diretor do hospital	0	35	0 ⁽³⁾
TOTAL	468	1000	47 ⁽³⁾

Nota: * Linhas de ação eleitas como prioritárias para implantação; (1) Grau avançado de implantação (76 a 100%); (2) Grau intermediário de implantação (51 a 75%); (3) Grau incipiente de implantação (0 a 50%).

Três das 5 linhas de ação do Eixo I obtiveram grau de implantação avançado, as três referentes aos direitos do usuário (alimentação, visitas abertas e acompanhante). A linha de ação *Formação de Grupos de Humanização*, apesar de prioritária e ser comum a outras políticas antecessoras (BRASIL, 2000, 2006c) alcançou grau intermediário (60%), pois não contava com número adequado de profissionais e encontrava dificuldades na aplicação integral de suas rotinas. A linha de ação *Acolhimento com classificação de risco* obteve grau incipiente de implantação (6%): apesar de ter havido adequação da área física do SUE para o seu funcionamento, a rotina não era mais aplicada no momento da avaliação por desmobilização da equipe.

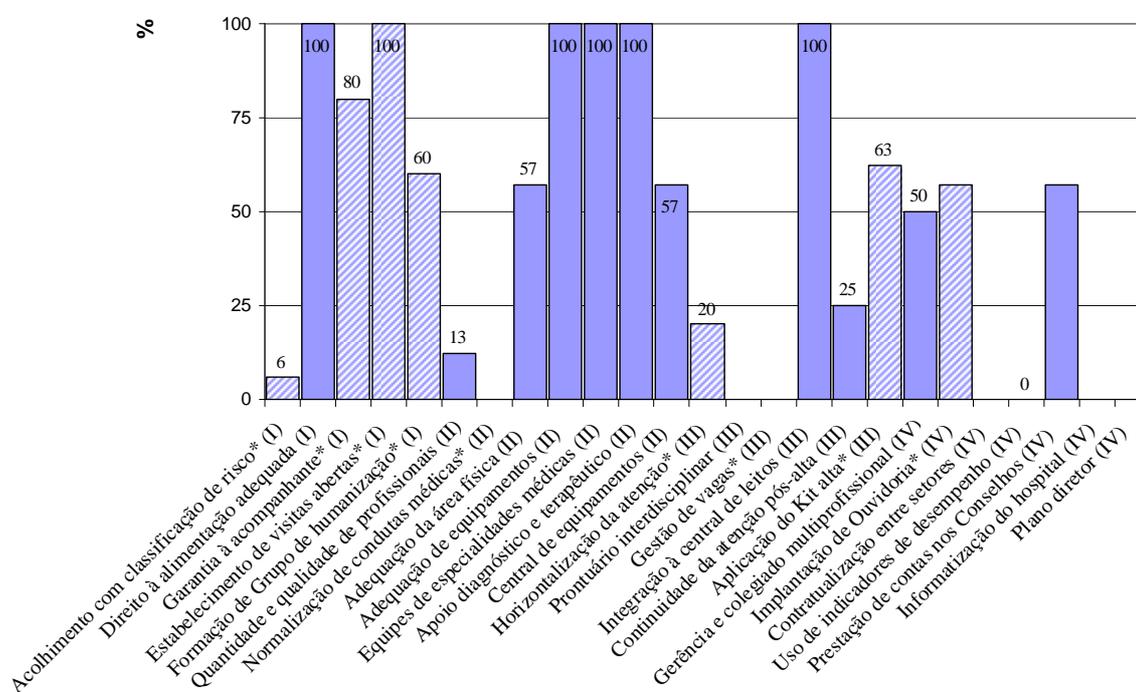


Gráfico 4 - Grau de implantação das linhas de ação (eixo) da Política Qualisus no Hospital B, Recife, 2007

Nota: * linhas de ação prioritárias para implantação (barras hachuradas)

O Eixo II obteve grau de implantação intermediário (60%), superado apenas pelo Eixo I. A única linha de ação prioritária obteve grau nulo de implantação: a *Normalização de condutas médicas*. Três das 7 ações obtiveram grau máximo – *Adequação de equipamentos*, *Organização da retaguarda de especialidades médicas*, *Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico* – corroborando com o perfil do Hospital B como hospital de referência de alta complexidade. Vale destacar que este havia recebido equipamentos novos poucos meses antes da avaliação, por meio de verbas da Política Qualisus (Entrevistado 17).

A linha de ação *Adequação da área física* alcançou grau intermediário de implantação (57%) graças à adaptação da estrutura preexistente, uma vez que até o momento da avaliação ainda não havia sido iniciada a reforma estrutural planejada. Chama a atenção no caso do Hospital B o baixo grau obtido pela linha de ação *Garantia de quantidade e qualidade de profissionais* (13%), exprimindo um déficit de recursos humanos lotados no seu SUE de cerca de 40%.

Tabela 4 – Graus de implantação de linhas de ação da Política Qualisus consideradas prioritárias - Hospital B, Recife, 2007.

Linhas de ação (eixo)	Pontuação obtida	Pontuação máxima	%
1. Acolhimento com classificação de risco (I)	3	50	6 ⁽³⁾
2. Garantia ao usuário a acompanhante (I)	40	50	80 ⁽¹⁾
3. Estabelecimento de visitas abertas (I)	50	50	100 ⁽¹⁾
4. Formação de grupo de humanização (I)	30	50	60 ⁽²⁾
5. Normalização de condutas médicas (II)	0	35	0 ⁽³⁾
6. Horizontalização da atenção (III)	10	50	20 ⁽³⁾
7. Gestão de vagas (III)	0	40	0 ⁽³⁾
8. Aplicação do “kit alta” (III)	25	40	63 ⁽²⁾
9. Implantação de ouvidoria (IV)	20	35	57 ⁽²⁾
TOTAL	178	400	45 ⁽³⁾

Nota: (1) Grau avançado de implantação; (2) Grau intermediário de implantação; (3) Grau incipiente de implantação.

Os graus de implantação dos Eixos III e IV foram considerados incipientes (34 e 24%). Seis das 13 linhas de ação dos dois eixos tomados em conjunto apresentaram grau nulo de implantação. Três das 6 linhas de ação do Eixo III eram prioritárias. A *Aplicação do “kit alta”* obteve grau intermediário de implantação (63%), enquanto que as outras duas, *Horizontalização da atenção* e *Gestão de vagas* apresentaram grau de implantação incipiente (20% e 0). A “horizontalização” da atenção foi conseguida para três das equipes médicas, porém de modo parcial, não cobrindo a totalidade dos dias úteis, graças a acordo com a direção do hospital. Neste eixo ainda se destacam as ações *Integração à central de leitos*, que obteve implantação total, e *Implantação de prontuário interdisciplinar*, na qual, pelo contrário, o grau obtido foi nulo.

Em relação ao Eixo IV, dentre as 7 linhas de ação, quatro obtiveram grau nulo de implantação: *Estabelecimento de contratualização entre gestor e direção do hospital e desta com unidades de produção-trabalho*; *Implantação de sistema de informação com*

indicadores; Implementação de plano de informatização do hospital; Elaboração do plano diretor do hospital e plano de trabalho das várias unidades. Dentre as outras três, duas alcançaram grau intermediário: *Prestação de contas do plano de qualificação no Conselho Gestor e Conselho Municipal de Saúde (57%) e Implantação de serviço de ouvidoria (57%).* Nesta linha de ação, o Hospital B contou com o suporte da SES na provisão de recursos humanos especificamente para este fim. Finalmente, a linha de ação *Instituição de gerência e colegiado multiprofissional* obteve grau incipiente, porém, no limite superior da faixa (50%).

5.2.2.2 *O contexto organizacional e sua influência no grau de implantação.*

A descrição do contexto organizacional e a análise da influência deste no grau de implantação das ações da Política Qualisus no Hospital B serão apresentadas de acordo com as suas variáveis: os atores internos e externos e os ambientes interno e externo.

Atores internos – *comissão de implantação, diretores e profissionais de saúde do SUE:*

A comissão de implantação do Hospital B era formada por profissionais das várias categorias lotadas no SUE, de níveis superior e médio do SUE, cabendo o papel de liderança às coordenadoras médica e de enfermagem. A direção apoiava formalmente, porém não participava das atividades relacionadas à implantação da política, preferindo delegar esta responsabilidade à coordenação do SUE. Sua colaboração se fazia sentir mais na oferta das condições necessárias ao funcionamento do SUE e ao processo de implantação.

[A diretoria] apóia e atuou até onde deu pra fazer. A gente tentava melhorar a condição de trabalho, não faltar nada, até quando eles tinham recursos pra fazer, faziam, sempre fizeram. [...] Então [no hospital] não falta medicamentos porque a direção é capaz de fazer. Mas uma reforma ela não tem capacidade administrativa de fazer isso. Então, aí não dá pra fazer. (Entrevistado 13)

Os membros da comissão concordavam que a política possuía bom conteúdo e que contribuía na melhora da assistência ao usuário e do ambiente de trabalho no SUE. Apesar disso, havia dúvidas quanto à efetivação de sua implantação por motivos diversos, entre eles a necessidade

de mudança de cultura de trabalho e de engajamento de outros componentes do SAUE, e não só do hospital, na política. “Então a idéia foi muito boa, mas só que pra que essa idéia fosse posta em prática, teria ter uma mudança na cultura de todos os prefeitos e secretarias de saúde da região metropolitana” (Entrevistado 17). “Acho, acho sim, acho [a política] viável. E eu acho que todo médico, todo profissional de saúde deseja melhorar. Nós fomos a Ribeirão Preto, eram realidades diferentes, mas não é impossível não. Mas existem fatos que só dependem dos gestores em geral” (Entrevistada 9).

Eu acho o projeto muito bom. Eu achava que o pessoal não iria assimilar o processo do Qualisus, porque iria impor uma mudança de hábito de trabalho. Porque no Qualisus você tem que prestar assistência ao paciente como deve ser prestada. E eu acho que o pessoal não está acostumado a isso. O pessoal acostumou a tratar o paciente como número, você trata naquela hora e não precisa mais saber, passou um remédio, acabou. Eu achei que era um projeto mais de utopia do que de prática. Não acreditei muito não. Até porque tinha que mudar muitos conceitos, tinha que mudar muita estrutura mesmo (Entrevistado 13)

A comissão de implantação atuou favoravelmente à implantação. Houve maior empenho por parte da equipe de enfermagem, quando comparada à equipe médica. Uma exceção foi a coordenadora médica do SUE, que, enquanto esteve no comando da comissão, exerceu forte liderança, arranjando reuniões e estimulando a participação do corpo clínico. “A Doutora X deu sangue ela, o que ela pôde fazer lá, ela fez o tempo todo pra poder fazer funcionar essa coisa” (Entrevistado 12).

A Doutora X era que ficava de frente, de marcar reunião, de fazer tudo. Ela é quem marcava tudo, agendava reunião, mandava as cartinhas pra gente, pra gente vir. Ela ficava sobrecarregada em relação a isso [...] Ela ficou de licença da gestação, não ficou ninguém no lugar. [...] Antes de ela sair de licença-gestação, ela abriu a sala da classificação. Mas depois que ela entrou em licença de gestação, desandou. Ela era a força. (Entrevistada 10)

A posição da diretoria de se colocar a parte das atividades ligadas à implantação, delegando à comissão a responsabilidade pelo encaminhamento do processo, acabou gerando controvérsias e desentendimentos entre os agentes internos de implantação.

Na verdade eles [os diretores] me consideravam diretora também. Só que aí foi que foi o ponto de ruptura. Porque se eu era diretora, eu tinha que ter um poder de decisão. E eu não tinha poder de decisão. Então eu fiquei na realidade participando das reuniões, e quando diziam, “cadê o diretor do hospital? Ele tem que estar também” [...] Todo mundo tinha que estar participando. Eu acreditava assim. (Entrevistada 9)

A direção [apoiou] parcialmente. [...] Eles: “não, porque a Doutora X tem carta branca”. Se [os diretores] foram em duas reuniões, o tempo eu tava lá, foi muita coisa. [...] Então aí fica difícil. A própria direção não sabia o que tava acontecendo. Doutora X ia a todas, se redobrava, fazia o que era possível, mas também tem um limite. Ela tava responsável por implantar o projeto, mas também ela não tinha autonomia pra decidir. [...] A presença da diretoria é fundamental nessas horas. Mostrar o restante do pessoal do hospital que as coisas tão andando mesmo. A direção central não correspondeu. (Entrevistado 12).

A estratégia de implantação dentro do hospital, por meio de reuniões e pelo corpo-a-corpo com os profissionais e trabalhadores de saúde das diversas categorias do SUE e setores afins, revelou-se muito trabalhosa e pouco efetiva, não atingindo todo o hospital.

Eu achei que se fazia muita reunião, e toda a reunião se debatia a mesma coisa igual. Todas as reuniões eram iguais, se batia a mesma coisa. O conceito de Qualisus, como se aplicar, mas nunca se aplicou. Então eu acho que o ministério, os consultores tinham boa vontade, mas eu acho que tinha que ter, fazer mais, mais prático. (Entrevistado 13)

A enfermagem foi a categoria que mais apoiou e se engajou na implantação do programa, conforme os entrevistados, talvez pela expectativa de melhoria das condições de trabalho, principalmente em relação ao preenchimento das equipes plantonistas. A categoria médica foi apontada como a que menos participou e contribuiu com o processo. “Normalmente os médicos não gostam de parar pra discutir essas coisas. Ninguém fala, principalmente homens” (Entrevistada 9). “Eu acho que o pessoal da humanização, os humanizadores, de enfermagem, bem mais fácil. Os médicos, bem mais complicados. Os médicos e auxiliares de enfermagem, mais complicado” (Entrevistado 11).

A Enfermagem era [presente] em peso. [...] Convidavam outras pessoas que queriam participar da reunião, sem ser do grupo formal [a comissão de implantação]. [...] A gente teve dificuldade com o grupo dos médicos. Há um tempo atrás as meninas disseram que eu já estava com espírito de enfermeira. (Entrevistada 9)

Eu tive dificuldades com os médicos, até por conta da rotatividade de que nós temos aqui, e por conta da participação. Porque são poucos e não dava para estar participando de todas as reuniões. O grupo de enfermagem se animou muito. Eles visualizaram que haveria uma melhora. Porque havia até uma promessa de composição de quadros. Mas assim, a participação foi muito grande, muito maior do grupo de enfermagem. (Entrevistado 17)

Houve ainda dificuldades com os assistentes sociais, que demonstravam resistência na participação de algumas tecnologias organizacionais, como o acolhimento.

Ambiente interno: estrutura física, organizacional e de recursos humanos

O hospital passava por um grave e crônico problema de insuficiência de recursos humanos, com alta rotatividade, sentida mais intensamente no SUE. Esse fato era explicado pelos entrevistados pela resistência dos profissionais em se fixarem no hospital, fato por sua vez conseqüente à sua localização geográfica periférica e principalmente à própria situação de sobrecarga de trabalho, criando um círculo vicioso. “Na verdade é uma retro-alimentação. O colega chega, vê que tem pouco corpo clínico e muito trabalho e acaba não ficando. E esse ciclo não está se quebrando. Ele está se alimentando sempre” (Entrevistado 17).

Eu acho porque não tem condições de trabalho. Você não tem algo pra melhorar a carga de trabalho e para melhorar as condições de trabalho. Se você não tem condições, se não tem um salário que lhe prenda ao serviço, você vai ficar ali até quando precisar. [...] Condições de tudo, condições de exame, condições de dormir, condições de alimentação, condições de higiene, condições de agilizar o processo do doente. Nos dois anos que passei lá, a grande dificuldade era você segurar o profissional na área, não só médica, mas também auxiliar de enfermeiro. Eu acho que nem é tanto o salário, é condição de trabalho mesmo. (Entrevistado 13)

Fica bem caracterizada pelos depoimentos a situação alarmante que o SUE do Hospital B passava em relação aos recursos humanos. “Setenta por cento das auxiliares de enfermagem tomam medicamento controlado. [...] Ela [enfermeira do SUE] disse isso numa reunião com os olhos cheios de lágrimas. E parece que 30 ou 50% das enfermeiras [também]” (Entrevistada 9).

Então com uma demanda muito grande e um número reduzido, isso implica na quantidade de serviço, até eu diria subumana, a pessoa trabalha muito. A gente já presenciou momentos de grande angústia dos colegas, de aflição, por conta dessa sobrecarga. Então a gente tem plena consciência. [...] O número de ofícios que nós mandamos pra secretaria colocando esse problema não em um, dois ou três, eu acho que quase mensalmente nós colocamos esse problema. (Entrevistado 17)

A insuficiência de recursos humanos impediu a implantação de ações importantes, como o *Acolhimento com classificação de risco*.

Então o que adianta classificar, eu vou classificar pra quê? [...] A gente tinha vontade, a equipe estava toda pronta, com sala, o pessoal da enfermagem se empenhou, a humanização, o pessoal do acolhimento, tava tudo apto a funcionar. As meninas organizaram escala de plantão, na verdade eram plantonistas que ficavam vindo todo o dia para acompanhar. Só que você não tinha como funcionar, porque não tinha como. [...] Eu acho que a complicação maior da gente foi essa. (Entrevistada 9)

Como é que eu podia fazer um acolhimento se eu não tinha profissionais pra atender o número suficiente da população? Eu ia fazer uma classificação de risco, mas uma classificação de risco feita evidentemente pra ser efetivada pelo pessoal do serviço social, da enfermagem. [...] Eu estava e continuo com deficiência muito grande em número de plantonistas. Como é que você poderia iniciar o processo sem estar sem capacidade pra isso? Era um início já fadado ao fracasso. Porque você não pode querer melhorar a qualidade do atendimento se você não tem a quantidade mínima necessária pra atender a população. (Entrevistado 17)

Um olhar externo identifica outro problema no tocante à organização interna do hospital, que não o déficit puramente numérico:

As equipes são tão desarticuladas dentro do hospital que, uma coisa que me marcou muito no Hospital B. [...] O próprio laboratório ele jogava contra a urgência. O laboratório fazia coleta de sangue de todo hospital eletivo e depois ir pra urgência. Se o paciente chega com uma suspeita, sei lá, uma diabetes, qualquer coisa, vai colher esse exame às onze da manhã pra ficar pronto às cinco da tarde. Como você trabalha em urgência dessa maneira? É impossível. (Entrevistado 12)

Atores externos – MS e SES:

O Hospital B experimentou apenas um consultor durante a maior parte do período que duraram as visitas. A sua atuação, assim como dos consultores dos demais hospitais, foi considerada exemplar pelos agentes internos. Demonstrou competência e empenho, principalmente na motivação da equipe na elaboração de um plano próprio. Porém, a demora na efetivação das reformas estruturais e da renovação do parque de equipamentos, além da quebra do ritmo das visitas do consultor, causaram inquietação e desestímulo no corpo clínico. “Teve a saída do ministro, do coordenador. E aí a gente perdeu até nosso consultor e projeto foi desaparecendo lentamente. A gente teve momentos muito efervescentes, de muita discussão. Em que a gente acreditava piamente que ia conseguir” (Entrevistado 17).

Eu acho que eles [os consultores] fizeram o que tinham que fazer. Eles traziam experiência que tinham. Eles demonstravam que a experiência deu certo, eles tentavam motivar, eles diziam que nós é que deveríamos achar o nosso modelo. E eu acho que do ponto de vista que estavam propostos a fazer, eles fizeram muito bem. (Entrevistado 17)

Eles [o corpo clínico] gostaram tanto da parte prática de fazer como também da esperança de melhora estrutural para o trabalho. Então, todo mundo ficou muito ansioso na expectativa de uma melhora na estrutura que não ocorreu nunca. E um dos motivos que esfriou bastante o Qualisus. [...] Todo mundo espera a reforma e a reforma não sai, e fica todo mundo a mesma coisa, isso desestimula mais. (Entrevistado 13)

A política de recursos humanos conduzida pela SES não foi capaz de resolver o problema do déficit crônico de recursos humanos. Mesmo a realização de concurso público não foi suficiente para o preenchimento das vagas, pois não havia critérios definidos para a lotação e fixação dos profissionais selecionados no SUE e mesmo no hospital. “A gente se prendeu em só implantar quando tivesse a equipe médica clínica suficiente para que a gente pudesse andar. Então, os outros hospitais implantaram antes da gente o acolhimento e classificação de risco” (Entrevistada 9).

Teve concursos, e era esperado para a gente certa quantidade de pessoal, que não vinha. Nas reuniões se dizia “não, não se preocupem” e a gente tinha que confiar. Mas teve médicos que entraram direto para a enfermaria. E hoje o vínculo dele é como se fosse da Emergência. [...] Porque se alguém chorasse na Secretaria [...] “Então você quer ir para onde?” Porque ninguém queria vir para cá. Porque sabem que aqui os médicos são problemáticos, que a Clínica Médica é problemática, sabem que é longe. (Entrevistada 9)

Ambiente externo: o SAUE local

A elevada demanda de pacientes de baixa complexidade era devido em grande parte, segundo os entrevistados, à carência de alternativas para atendimento da população na região, principalmente no que diz respeito a unidades básicas de saúde. Essa demanda elevada podia ser também explicada pelo costume da população em procurar espontaneamente o serviço por sua longa tradição na prestação de atendimento clínico regional – a mudança do perfil do hospital para atendimento de trauma ainda não havia sido devidamente assimilada pelos usuários. Boa parte da demanda era de usuários procedentes de municípios vizinhos e do interior do estado. “A média de atendimento na Emergência é de sessenta por cento de pacientes da cidade. Uma cidade com gestão plena, e que não tem nenhum hospital próprio,

que não tem nenhuma policlínica pra atender a sua população, porque o hospital supre essa necessidade” (Entrevistado 17).

A gente conseguiu por um tempo manter visita o tempo todo. O paciente entrava, quem quisesse substitui entrava, [era] só mudar de acompanhante. Isso não tem problema nenhum. [...] A gente conseguiu por um tempo. E por que depois não conseguiu? Porque começou superlotar os hospitais. Então, quando superlota você tem que esvaziar o máximo. (Entrevistado 13)

O Samu contribuiu para a melhoria das condições de transporte dos usuários, que chegavam ao hospital em melhor estado de saúde. Porém, a ausência de regulação da sua atuação era apontada como uma das causas da superlotação do SUE.

Na época [do Qualisus], o Samu e a Regulação agiam de forma independente. O hospital não tinha neurologista e chegava paciente para a neurologia. E chegava o tempo todo. Se você não adequar esse fluxo, você não tem como [fazer funcionar]. (Entrevistado 13)

Mas não tem regulação. Quando [se] criou o Samu Metropolitano, foi uma catástrofe, porque substituíram as ambulâncias dos municípios. Isso aqui parecia o estacionamento do Samu: cheio de ambulâncias. [...] O Samu Metropolitano não veio contribuir de forma efetiva porque a gente também não criou uma malha pra absorver. Só melhorou o transporte. (Entrevistado 17)

A superlotação do Hospital B podia ser explicada também pela dificuldade de continuidade de tratamento dos usuários após a alta hospitalar. Com a justificativa de serem pacientes de alta complexidade, a maioria dos serviços de retaguarda se recusava a recebê-los.

Outra coisa que eu acho que não funcionava era a contra-referência. O paciente chegava, era atendido, depois mandava pra onde? O hospital atende a asma, e vai mandar para onde? Não tem policlínica e nem tem referência pra onde mandar. Então, era para você atender o paciente e dizer para não voltar para o hospital porque não atende asma, pois é de alta complexidade. Aí o paciente me pergunta: “e eu vou pra onde?”. Então não tem como implantar o acolhimento, você não tem pra onde mandar essa demanda. (Entrevistado 13).

A rede de recebimento, de escoamento pra esse paciente, que são os hospitais de suporte da rede, não funcionam. A maioria é de convênio e eles não tem estrutura pra receber. Nem tem interesse, porque é um paciente caro e a tabela do SUS é defasada, enfim, tem uma série de fatores. (Entrevistado 17)

Na opinião dos entrevistados, não adiantava o investimento isoladamente na melhoria da qualidade dos SUE hospitalares, sem o devido investimento nos outros componentes do SAUE, principalmente nas unidades básicas de saúde.

Eu acho que poderiam ter sido priorizadas as policlínicas, os ambulatórios, pra depois chegar às Emergências. [...] Aí o governo vai ter pra onde dar continuidade ao doente, então poderia ter sido feito o processo inverso. Tem que começar pelas policlínicas. Pelas prefeituras, no caso. Envolvendo as cidades, e depois os ambulatórios, pra depois chegar [às Emergências] (Entrevistado 13)

Então a idéia foi muito boa, mas só que pra que essa idéia fosse posta em prática, teria ter uma mudança na cultura de todos os prefeitos e secretarias de saúde da região metropolitana. Principalmente pra o Qualisus funcionar, ele teria que rever todo o tipo de atendimento que é feito a nível nacional, principalmente já que estou falando no estado de Pernambuco. [...] E esse planejamento passaria por, por criação de policlínicas nas macrorregiões e que essas policlínicas pudessem resolver muitos dos casos que vem pra cá. (Entrevistado 17)

5.2.2.3 Conclusões

No Hospital B, o grau de implantação da Política Qualisus foi considerado incipiente. As linhas de ação reunidas nos Eixos I e II obtiveram melhor grau que as reunidas nos Eixos III e IV. Observando-se o contexto no qual ocorreu a implantação, não é possível apontar fatores que expliquem esse resultado. Percebe-se, porém, que no Eixo I, quatro de suas 5 linhas de ação forma consideradas como prioritárias, e, dentre ela, duas eram de implantação simples (*Estabelecimento de visitas abertas* e *Garantia a acompanhante*). Em relação ao Eixo II, as linhas de ação referentes à estrutura necessária para a resolutividade diagnóstica e terapêutica (exceto para os recursos humanos) obtiveram 100% de implantação, o que acabou contribuindo para o desempenho do eixo. Este resultado é compatível com a posição de referência que o Hospital B ocupa.

Dentre os condicionantes contextuais que influenciaram a implantação da Política Qualisus no Hospital B, destaca-se a atuação da comissão de implantação praticamente como único fator favorecedor de todo o processo. A comissão formada conseguiu reunir representatividade perante os profissionais que atuam no SUE e foi firmemente comandada pelas coordenação

médica e de enfermagem. Houve pleno entendimento entre a comissão e o consultor do MS na elaboração do plano de implantação e nas estratégias de divulgação da política. Entretanto, ambos encontraram dificuldades em atingir todo o corpo clínico, principalmente médicos e assistentes sociais. A categoria que mais se engajou foi a da enfermagem, que vislumbrou na Política Qualisus uma oportunidade de melhoria das condições de trabalho. Cabe lembrar que para esta, afora a introdução de novas tecnologias organizacionais, a implantação da política ainda incluiria a reforma estrutural do hospital, a aquisição de novos equipamentos, o aumento do número de profissionais e o fim da superlotação do SUE. Ressalte-se ainda a posição da diretoria do Hospital B, que durante todo o período que durou o processo manteve-se afastada das atividades, preferindo delegar à comissão de implantação a responsabilidade pela sua condução. Essa postura provocou desconforto ao consultor do MS e à liderança da comissão de implantação, uma vez que esta não se sentia autônoma ou com poder político para tomada de decisões que cabiam à diretoria. Os desentendimentos entre a diretoria e a coordenação do SUE culminaram na substituição desta no fim do ano de 2005, quando as atividades da política já se encontravam em marcha arrastada.

O principal obstáculo apontado para a implantação da Política Qualisus no Hospital B foi o déficit crônico de recursos humanos que o hospital experimentava, principalmente no seu SUE. Este déficit contribuía sobremaneira para as más condições de assistência e de trabalho enfrentadas naquele setor, o que dificultava a fixação de novos profissionais oriundos admitidos por concurso público ou por contrato temporário. A direção do hospital ressentia-se da inefetividade da SES, da qual dependia, mas também não apresentava alternativas próprias para a resolução do problema. A falta de pessoal foi crucial para a não implantação da ação *Acolhimento com classificação de risco*, apesar dos esforços da comissão de implantação juntamente com o consultor do MS na capacitação de pessoal e adequação da área física.

A baixa resolutividade de outros componentes locais do SAUE representou outro entrave importante à implantação da Política Qualisus no Hospital B. O hospital, além de cumprir a sua função de referência para atendimentos de alta complexidade, também absorvia usuários com queixas de menor complexidade, pela escassez de alternativas de assistência na região. Essa deficiência foi sentida quando da introdução do Samu, que acabou, na percepção dos entrevistados, aumentando a demanda de pacientes tanto de alta quanto de baixa complexidade. O mesmo problema da falta de alternativas ocorria no momento da definição da continuidade do cuidado após a alta hospitalar. O não investimento nos outros

componentes do SAUE foi considerado um erro estratégico do MS, que comprometeu a própria implantação da Política Qualisus no hospital.

Por fim, destaca-se ainda no caso do Hospital B os efeitos da não efetivação das reformas físicas e renovação do parque tecnológico, ambas entendidas pelos agentes internos como contrapartida do MS ao cumprimento da implantação das ações. Esse fato, associado à interrupção das visitas do consultor a partir do fim do ano de 2005, terminaram por desfazer todo o trabalho construído pela comissão de implantação. O hospital só recebeu os novos equipamentos destinados às áreas de reanimação e retaguarda do SUE em meados de 2007.

5.2.3 Hospital C.

5.2.3.1 *O grau de implantação.*

No Hospital C, o grau de implantação da Política Qualisus foi considerado incipiente (42%). Apenas o Eixo II (*Resolutividade diagnóstica e terapêutica*) alcançou grau de implantação intermediária (74%). Os Eixos I (*Acolhimento, ambiência e direitos dos usuários*), III (*Responsabilidade e Garantia de Continuidade do Cuidado*) e IV (*Aprimoramento e Democratização da Gestão*) obtiveram grau incipiente de implantação (40, 28 e 26%, respectivamente) (Gráfico 5). A Tabela 5 mostra a pontuação obtida por cada eixo e linha de ação no Hospital C.

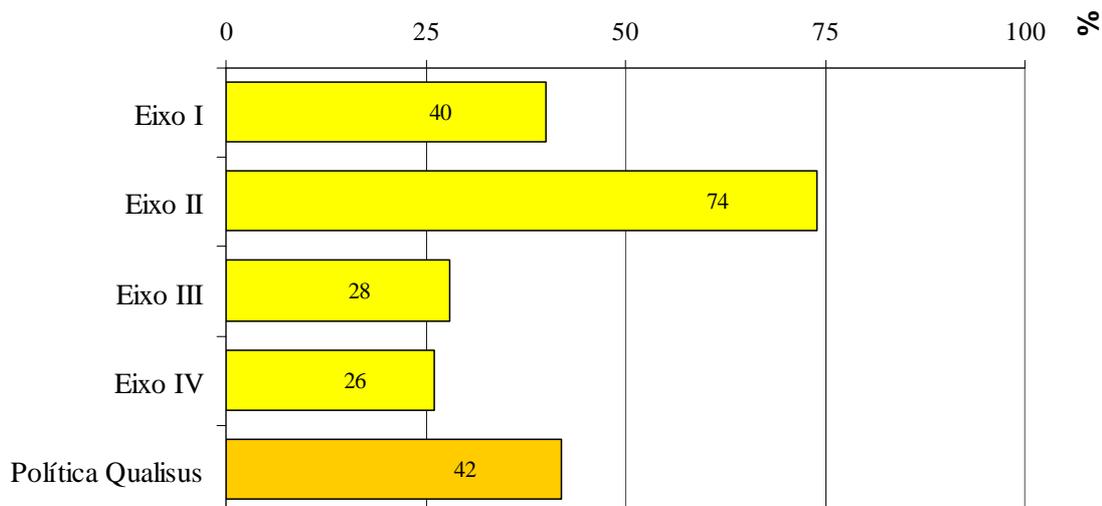


Gráfico 5 - Graus de implantação da Política Qualisus e de seus eixos no Hospital C - Recife, 2007

Tabela 5 – Graus de implantação conforme eixos, linhas de ação e atributos da Política Qualisus no Hospital C – Recife, 2007.

Eixos, linhas de ação e atributos	Pontuação obtida	Pontuação máxima	%
I. Acolhimento, ambiência acolhedora e direitos dos usuários	101	250	40 ⁽²⁾
Acolhimento com classificação de risco*	21	50	42 ⁽²⁾
Adequação da área física	6	10	60 ⁽²⁾
Recursos humanos	10	20	50 ⁽²⁾
Aplicação de rotina	5	20	25 ⁽³⁾
Garantia ao usuário a alimentação adequada	50	50	100 ⁽¹⁾
Garantia ao usuário a acompanhante*	20	50	40 ⁽²⁾
Adequação da área física	0	10	0 ⁽³⁾
Aplicação de rotina	20	40	20 ⁽³⁾
Estabelecimento de visitas abertas*	0	50	0 ⁽³⁾
Formação de grupo de humanização*	10	50	20 ⁽³⁾
Recursos humanos	10	20	20 ⁽³⁾
Aplicação de rotina	0	30	0 ⁽³⁾
II. Resolução diagnóstica e terapêutica	185	250	74 ⁽¹⁾
Garantia de quantidade e qualidade de profissionais	10	40	25 ⁽³⁾
Normalização de condutas médicas*	0	35	0 ⁽³⁾
Adequação da estrutura física	35	35	100 ⁽¹⁾
Adequação de equipamentos	35	35	100 ⁽¹⁾
Organização da retaguarda de especialidades médicas	35	35	100 ⁽¹⁾
Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico	35	35	100 ⁽¹⁾
Implantação de central de equipamentos	35	35	100 ⁽¹⁾

continua

Tabela 5 – Graus de implantação conforme eixos, linhas de ação e atributos da Política Qualisus no Hospital C – Recife, 2007 (continuação).

III. Responsabilização e garantia de continuidade do cuidado	70	250	28 ⁽³⁾
Horizontalização da atenção*	5	50	10 ⁽³⁾
Médicos	5	25	20 ⁽³⁾
Enfermeiros	0	25	0 ⁽³⁾
Implantação de prontuário interdisciplinar	0	40	0 ⁽³⁾
Gestão de vagas*	0	40	0 ⁽³⁾
Uso do censo hospitalar	0	20	0 ⁽³⁾
Destinação de leitos para a urgência	0	20	0 ⁽³⁾
Integração à central de leitos e de urgência	40	40	100 ⁽¹⁾
Garantia de continuidade da atenção pós-alta	10	40	25 ⁽³⁾
Aplicação do “kit alta”*	15	40	38 ⁽²⁾
IV. Aprimoramento e democratização da gestão	65	250	26 ⁽³⁾
Instituição de gerência e colegiado multiprofissional	20	40	50 ⁽²⁾
Gerência	20	20	100 ⁽¹⁾
Planejamento interno das atividades	10	10	100 ⁽¹⁾
Reuniões com a direção	10	10	100 ⁽¹⁾
Colegiado	0	20	0 ⁽³⁾
Participação em reuniões	0	10	0 ⁽³⁾
Reuniões com grupo técnico	0	10	0 ⁽³⁾
Implantação de ouvidoria*	0	35	0 ⁽³⁾
Contratualização entre gestor e direção	0	35	0 ⁽³⁾
Implantação de sistema de informação com indicadores	25	35	71 ⁽¹⁾
Prestação de contas nos Conselhos	20	35	57 ⁽²⁾
Implantação de plano de informatização do hospital:	0	35	0 ⁽³⁾
Elaboração de plano diretor do hospital	0	35	0 ⁽³⁾
TOTAL	421	1000	42 ⁽²⁾

Nota: * Linhas de ação eleitas como prioritárias para implantação; (1) Grau avançado de implantação (76 a 100%); (2) Grau intermediário de implantação (51 a 75%); (3) Grau incipiente de implantação (0 a 50%)

Dentre as 25 linhas de ação estudadas, sete (28%) alcançaram grau de 100% (Gráfico 6). Cinco dessas 7 linhas pertenciam ao Eixo II. Em 16 linhas de ação (64%), o grau de implantação foi classificado como incipiente, sendo que em 8 delas o grau foi nulo. Dessas 16 linhas, cinco pertenciam ao Eixo III, outras 5 ao Eixo IV, quatro ao Eixo I e duas ao Eixo II. Duas linhas de ação (8%) obtiveram grau intermediário de implantação. As 9 linhas de ação eleitas pelos hospitais como prioritárias obtiveram grau incipiente de implantação, sendo nulo em 4 (Tabela 6).

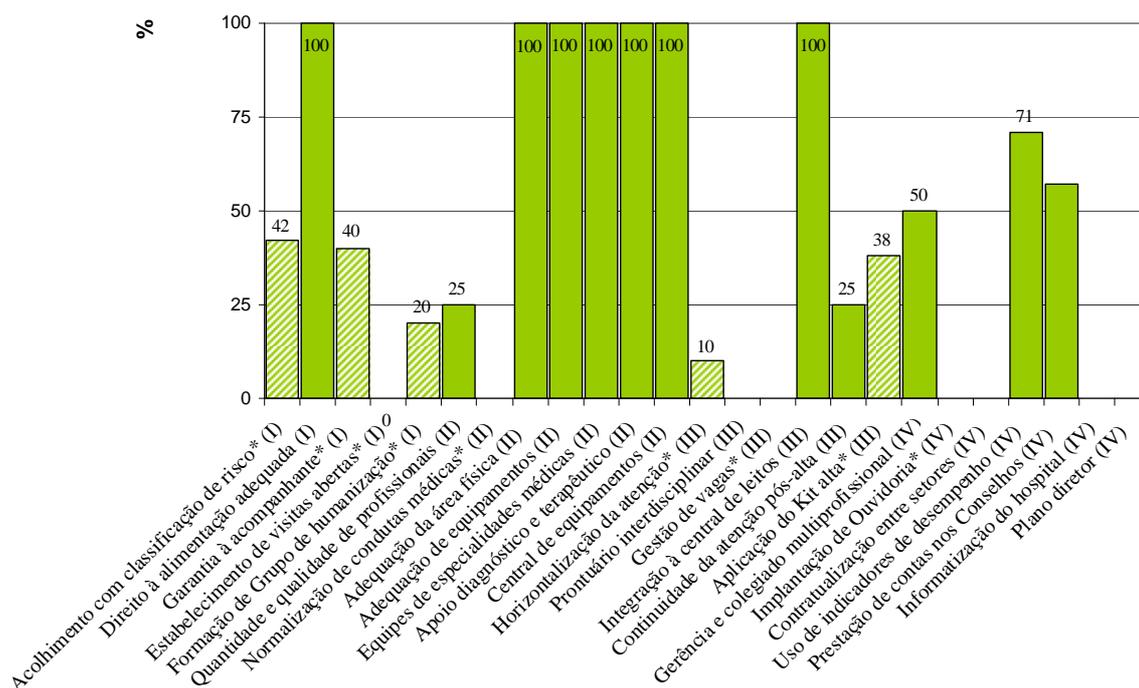


Gráfico 6 - Grau de implantação das linhas de ação (eixo) da Política Qualisus no Hospital C, Recife, 2007.

Nota: * linhas de ação prioritárias para implantação (barras hachuradas)

Apenas uma linha de ação dentre as componentes do Eixo I alcançou grau avançado de implantação (*Direito à alimentação adequada*) (100%). As restantes obtiveram grau incipiente, inclusive as outras duas linhas referentes aos direitos dos usuários, *Direito a acompanhante* (40%) e *Direito à visita aberta* (0%). No SUE do Hospital C, apenas os grupos reconhecidos por lei (crianças, adolescentes, idosos, indígenas, entre outros) tinham direito a acompanhante. A limitação alegada por um dos entrevistados para a não instituição do acompanhante e a não realização de visitas abertas residia no estado constante de superlotação que o hospital enfrentava. As linhas de ação prioritárias *Acolhimento com classificação de risco* e *Formação de grupo de humanização* alcançaram 42 e 20% de implantação, respectivamente. Em relação à primeira, o Hospital C não contava com espaços adequados para o acolhimento das famílias dos usuários, apesar de haver sofrido reforma estrutural baseada nas normalizações recomendadas pela Política Qualisus e pela PNH (BRASIL, 2004a). O Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital C contava com quantidade insuficiente de pessoal e no momento da avaliação não havia rotina de trabalho estabelecida.

Tabela 6 – Graus de implantação de linhas de ação da Política Qualisus consideradas prioritárias - Hospital C, Recife, 2007.

Linhas de ação (eixo)	Pontuação obtida	Pontuação máxima	%
Acolhimento com classificação de risco (I)	21	50	42 ⁽³⁾
Garantia ao usuário a acompanhante (I)	20	50	40 ⁽³⁾
Estabelecimento de visitas abertas (I)	0	50	0 ⁽³⁾
Formação de grupo de humanização (I)	10	50	20 ⁽³⁾
Normalização de condutas médicas (II)	0	35	0 ⁽³⁾
Horizontalização da atenção (III)	5	50	10 ⁽³⁾
Gestão de vagas (III)	0	40	0 ⁽³⁾
Aplicação do “kit alta” (III)	15	40	38 ⁽³⁾
Implantação de ouvidoria (IV)	0	35	0 ⁽³⁾
TOTAL	71	400	18⁽³⁾

Nota: (3) Grau incipiente de implantação.

O Eixo II foi o que obteve o maior grau de implantação (74%, intermediário). Cinco das suas 7 linhas de ação estavam totalmente implantadas: *Adequação da área física*, *Adequação de equipamentos*, *Organização da retaguarda de especialidades médicas*, *Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico* e *Implantação de central de equipamentos*. O perfil dessas linhas, voltadas para a resolutividade diagnóstica e terapêutica, confirma a vocação para a alta complexidade do Hospital C. A área física do SUE do hospital havia passado por melhoria estrutural recente, já se apresentando dentro dos moldes do recomendado pela Política Qualisus – dividida em áreas de estabilização, retaguarda e observação e identificada por cores (BRASIL, 2004f; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b). Esta reforma foi financiada pela Política Qualisus. Do mesmo modo, o hospital havia recebido novos equipamentos adquiridos por meio de verbas do Fundo Estadual de Saúde (Entrevistado 7). A central de equipamentos funcionava 24 horas por dia. As outras duas linhas de ação do Eixo III obtiveram grau incipiente de implantação. A linha prioritária *Normalização de condutas médicas* alcançou grau nulo, enquanto que a linha *Garantia de quantidade e qualidade de profissionais* obteve grau 25%, exprimindo a dificuldade do hospital em manter o número adequado de recursos humanos lotados no seu SUE.

O Eixo III obteve grau incipiente de implantação (28%). Apenas uma linha de ação desse eixo, *Integração com a central de leitos*, obteve implantação total. Por ser hospital de referência, o Hospital C mantinha contato diário com a central de leitos do estado, porém de uma forma eminentemente burocrática, já que o constante estado de superlotação não permitia

que a central telefônica exercesse sua função reguladora. As demais linhas de ação desse eixo alcançaram grau incipiente de implantação, inclusive as três prioritárias: *Aplicação do “kit alta”* (38%), *Horizontalização da atenção* (10%) e *Gestão de vagas* (0). Quanto a esta última, o censo hospitalar era medido diariamente, porém não era utilizado como orientação para a transferência de usuários entre o SUE e os outros setores do hospital. Não havia reserva de leitos nos setores de internação para usuários admitidos pelo SUE, porém, no caso de algumas clínicas, como a urológica e a traumato-ortopédica, os leitos eram totalmente ocupados por pacientes que haviam sofrido intervenções de urgência (Entrevistado 4). Apenas duas equipes médicas foram parcialmente “horizontalizadas” durante o período do estudo, ambas mediante acordos de cumprimento de carga de trabalho entre as chefias das equipes e a direção do hospital.

Em relação ao Eixo IV, dentre as 7 linhas de ação, cinco obtiveram grau nulo de implantação, entre elas, a única eleita como prioritária, a *Implantação de serviço de ouvidoria*. As outras duas alcançaram grau intermediário: *Prestação de contas do plano de qualificação no Conselho Gestor e Conselho Municipal de Saúde* (57%) e *Implantação de sistema de informação com indicadores de qualidade, produção e custos* (71%). Fazia parte da comissão de implantação da Política Qualisus no Hospital C um representante dos usuários. A prestação de contas no Conselho Municipal de Saúde era rotineira durante o período da pesquisa, assim como a discussão em torno de indicadores de produção e qualidade do SUE. As reuniões entre a gerência médica e de enfermagem do SUE e a direção técnica do hospital também eram rotineiras, porém não havia se constituído um colegiado multiprofissional até o momento desse estudo.

5.2.3.2 O contexto organizacional e sua influência no grau de implantação.

A descrição do contexto organizacional e a análise da influência deste no grau de implantação das ações da Política Qualisus no Hospital C serão apresentadas de acordo com as suas variáveis: os atores internos e externos e os ambientes interno e externo.

Atores internos – comissão de implantação, diretores e profissionais de saúde do SUE:

A comissão de implantação foi formada por representantes das várias categorias profissionais, a maioria ligada ao próprio SUE. Contava também com um representante dos usuários do hospital. A escolha dos profissionais foi com base no tempo de trabalho no hospital e no setor, na ocupação de cargos de gerência e no engajamento com a questão. Não se conseguiu incluir nenhum outro médico na comissão, exceto o gerente do SUE. “O que a gente teve dificuldades com [...] médicos. Tinha que ter um representante médico. [...] A gente tinha algumas dificuldades porque algumas reuniões eles vinham, outras não” (Entrevistado 4).

Apenas o diretor técnico do hospital participou ativamente do programa. O diretor geral e o vice-diretor mantiveram-se à parte do processo, porém, sem criar obstáculos. A comissão de implantação inicialmente formada não conseguiu se manter ao longo do tempo, apesar do esforço de sua liderança, composta pela coordenação médica e de enfermagem do setor, mais a coordenação geral de enfermagem do hospital. Este grupo atuou com bom entrosamento e esforçou-se a ponto de usar horários extras e comprometer outras ocupações. “Tem que ter um pouco mais de incentivo. [...] Eu acredito que quem trabalha, quem participa de tantas reuniões, quem está se expondo tanto, deveria ter um tipo de remuneração. Porque uma coisa é você estar sacrificando os outros serviços” (Entrevistado 4).

O coordenador da Emergência tem todo o interesse de tocar o programa pra frente. Só que ele tem que gerir todo o pessoal, dar plantão e ainda estar organizando um grupo de trabalho. Conta com outras pessoas, que já têm outras atribuições. Eu acho o seguinte, pelo menos de forma temporária, deviam ser formadas comissões com essa exclusividade. Se esse projeto vai durar três meses, essas pessoas estão exclusivas pra o projeto. Terminou, redireciona. (Entrevistada 15)

O Hospital C tinha vontade, mas essa vontade era segmentada, apenas na figura de um gerente só [...], que era participativo, que buscava, que corria atrás, e [também] o chefe do pronto socorro, que também corria [...]. A gente tinha ali respaldo, em outros dois gestores, não. E mais, eles tinham problemas que fugiam de sua própria governabilidade, a questão das rachaduras, fechou metade do hospital. Mas, mesmo com isso tudo, eles conseguiram avançar. (Entrevistado 16)

Tanto os componentes da comissão de implantação quanto o diretor técnico consideraram a política bem elaborada, adequada e oportuna para o momento. “O projeto na sua concepção é excelente” (Entrevistado 7). “Eu achei excelente. Eu achei muito interessante, na realidade, o conteúdo foi muito bem elaborado” (Entrevistada 15). “Necessário. Vital. Importantíssimo.

Pra mim foi uma novidade maravilhosa, e eu me entreguei mesmo de tudo. Gostei e [me envolvi] diretamente em tudo o que eu pude pra implementar” (Entrevistada 18).

A divulgação da política dentro do hospital foi feita por meio de reuniões com grandes grupos do corpo clínico. Houve dificuldades de mobilização do pessoal, entretanto acreditou-se que a maior parte foi atingida. Foram realizadas ainda reuniões com funcionários recém-admitidos e com os chefes de plantão. Esses encontros serviram mais como apresentação do programa, e não como capacitação, dificultando o engajamento do pessoal, principalmente daqueles naturalmente resistentes a mudanças.

De acordo com os entrevistados, houve resistência por parte do corpo clínico, porém foi pequena, na medida do esperado. Em geral, o corpo clínico do hospital recebeu bem a proposta da Política Qualisus e a mobilização aumentou ao longo do tempo. Entre as categorias profissionais, a dos enfermeiros foi a que demonstrou maior adesão ao processo, desdobrando-se nas funções e organizando escalas de trabalho. Já as dos assistentes sociais e dos médicos demonstraram resistência. “[A maior resistência de categoria partiu dos] Médicos. Por não acreditar, por achar uma balela, uma besteira” (Entrevistada 18).

A enfermagem se empenhou bastante. [...] A parte médica dificultou muito. [...] Tem casos que a enfermeira sabe que não vai triar, se está bom ou está ruim. Mas se tem uma dor no peito e que ela tem conhecimento que daqui a pouco pode ter um infarto, vai [deixar] entrar. Lá dentro o médico vai dizer assim, “pra que mandou esse paciente pra cá? É pra mandar pra outro local”. [...] Dois grupos que tiveram resistência, serviço social e equipe médica. (Entrevistada 15)

Os assistentes sociais consideraram a atividade de acolhimento incompatível com a profissão. O entusiasmo com o programa acabou decrescendo na medida em que os resultados não apareciam e decaiu de vez quando o programa foi descontinuado.

Ambiente interno: estrutura física, organizacional e de recursos humanos

De acordo com os entrevistados, a redução da área física do SUE devido à reforma estrutural que o hospital estava passando foi um empecilho importante à implantação política. Cerca de dois anos antes do início da implantação da Política Qualisus, um dos prédios do Hospital C havia sido interditado por apresentar rachaduras que comprometiam a sua estrutura. Essa

interdição afetara diretamente o SUE que teve que ser transferido para outra área, de forma adaptada. Durante todo o período de visita dos consultores e de atividades da política o seu SUE funcionou no espaço adaptado, com redução de cerca de 50% de sua área ideal.

A deficiência quantitativa de recursos humanos que o hospital sofria dificultava a reordenação de funções necessária para a introdução de novas tecnologias organizacionais, notadamente o *Acolhimento com classificação de risco*. A realização de concurso público atenuou de certa forma a insuficiência de pessoal, porém a rotatividade de profissionais no SUE manteve-se elevada.

Até que [a gente] teve sorte. Quando o Qualisus chegou aqui, no começo da implantação, em outubro, você tinha muita gente contratada. E tinha tido havido um concurso que a gente começou a chamar um ano e meio atrás. [...] Então, a emergência que estava com setenta por cento de contratados, hoje está o contrário, noventa por cento de concursados e de dez por cento de contratados. (Entrevistado 7)

“É insuficiente em todos os termos a quantidade de recursos humanos que a gente tem nas nossas unidades públicas e em especial nas urgências e emergências” (Entrevistada 18). “O que foi mais evidente foi a questão de pessoal, que ainda hoje a gente tem esse programa montado no hospital, mas ele não evolui por causa de pessoal. Não tem recursos humanos suficientes pra cobrir a questão do Qualisus” (Entrevistada 15). O padrão de remuneração, na forma de gratificações vinculadas ao regime de plantão, também inibiu o rearranjo organizacional, como por exemplo, no caso da formação de equipes diaristas (horizontalização da atenção).

Atores externos – MS e SES:

Durante o período entre janeiro de 2005 e abril de 2006, quando cessaram as visitas dos técnicos do MS, o Hospital C permaneceu com um único consultor, que se dividia entre hospitais de outros estados e outras funções, como o estímulo à criação do Comitê Metropolitano de Urgência e Emergência. Conforme os entrevistados, os consultores demonstraram capacidade de liderança e de aplicação do planejamento estratégico do processo de implantação. “[A atuação dos consultores foi] tecnicamente exemplar. [...] Do jeito que eles fizeram, explicar o programa, a implantação. Claro, objetivo e prático” (Entrevistada 18).

[O consultor] mostrou um grau de competência incrível, de organização. Inclusive em termos de cobrança de reunião, fica ainda na cabeça da gente. Sempre ele terminava a reunião fechada. [...] O cronograma da reunião ele foi bem mais dinâmico, mais direcionado. Você faz, você levanta o problema, você levanta a solução do problema, você identifica quem vai resolver e em que prazo. Esse cronograma é o dez. Você fecha tudo. Eu acredito que eles tinham feito o papel deles. (Entrevistado 4)

Apesar de ter sido bem avaliado pela liderança, de acordo com algumas opiniões, o planejamento estratégico utilizado pelos consultores não foi bem assimilado pelo restante da comissão de implantação.

Os consultores eles vinham pra cá uma vez no mês, [ou] a cada quinze dias. [...] Davam as orientações, mas as equipes de trabalho não têm aquele hábito de trabalhar de forma planejada, organizada e dando um retorno. É como se eles dessem uma tarefa de casa pra fazer e quando eles retornavam a tarefa não estava bem executada. Por falta de recursos, por falta de interesses, alguns [outros] motivos, de uma forma que não influenciou o bastante para executar a ação. (Entrevistada 15)

A demora na liberação de recursos para reforma estrutural e renovação do parque de equipamentos, causada pela desarticulação entre o MS e a SES, acabou causando desmotivação da comissão de implantação, assim como todo o corpo clínico, intensificada pela descontinuação da política.

A parte inicial, a parte de tecnologia de implantação do sistema, foi boa. A gente um apoio muito bom do pessoal do ministério. Os consultores, todos eles, vinham aqui sempre. Agora, quando há uma solução de continuidade, automaticamente você tem um prejuízo enorme. Nos últimos tempos [...] nem consultor vem mais, nem a tecnologia de aparelhagem chegou (Entrevistado 7)

Eu acho que o projeto não ficou pronto. Não houve uma conclusão, se bem que nunca se conclui um projeto, melhorando, avaliando e tal. Eu acho assim, que deveriam retornar pra ver como estamos, o que podemos fazer, o que está faltando. (Entrevistada 15)

Foi inócua a atuação da SES em relação ao déficit de recursos humanos no hospital como um todo e particularmente no SUE. “E teve que pessoas que saíram daqui para a secretaria, que foram puxadas e não houve reforços. Então, hoje nós estamos com a escala, realmente bem desfalcada” (Entrevistado 4). “O ideal seria a gente ter um número de recursos humanos

suficientes pra manter o projeto. Realmente houve uma falha da Secretaria [Estadual de Saúde] com relação a manter a chegada de pessoal aqui (Entrevistado 4)”.

Ambiente externo: o SAUE local

A elevada demanda de pacientes de menor complexidade no SUE representou um entrave à implantação da política. Essa demanda, que aumentou durante o período de estudo, era interpretada pelos entrevistados como decorrente da baixa resolutividade de serviços de saúde de menor complexidade do Recife e de municípios vizinhos, da inexistência de regulação da rede e da dificuldade de destinação do paciente após a alta do SUE. “A grande dificuldade hoje de implantação da política Qualisus [...] é a demanda excessiva. Por melhor que você planeje, você tem uma demanda excessiva na emergência. Inviabiliza qualquer trabalho mínimo de qualificação” (Entrevistado 7).

Você tem em Recife um milhão e setecentos mil habitantes. E um número pequeno de policlínicas resolutivas. Isso acarreta a procura do paciente por uma emergência, por um hospital de grande porte. E associado a isso, não é só do Recife, a gente tem de quarenta e cinco a cinquenta por cento dos doentes que advêm das grandes emergências de [outros] municípios da região metropolitana. Então, eu acho que tem ser feito um estudo nesse sentido: quantas policlínicas o Recife precisa, quantas policlínicas Camaragibe precisa, quantas policlínicas Jaboatão, Olinda precisa, para que esses doentes de baixa e média complexidade não venham para as grandes emergências. (Entrevistado 7)

Nós temos uma capacidade em nossa Emergência hoje de sessenta e cinco, setenta pacientes. [...] Nós estamos com cento e quarenta pacientes. Imagine o corredor, [...] é mais do que cem por cento. Então nós dobramos o número de nossa condição de atendimento dentro da emergência. Mas é porque a qualidade do doente muitas vezes que chega não [permite] que a gente possa mandar pra qualquer hospital. [...] Esses hospitais conveniados não têm condições. (Entrevistado 4)

A CRMU e o Samu não cumpriram o seu papel de ordenamento da rede de assistência, porém, esse fato é parcialmente compreendido pela baixa capacidade resolutiva das redes primária e secundária de assistência da região metropolitana. O Samu atuou favoravelmente oferecendo condições melhores de transporte dos usuários ao hospital.

Talvez como meio de transporte, pro atendimento, ficou melhor. Mas o que o ministério preconiza [...] é que para você implantar [o Samu] você tem que ter um pronto-atendimento implantado. E esse pronto-atendimento nos municípios não foi solucionado ainda. Então, aquele doente que vinha de Paulista de táxi, ou de ônibus, ele vem bem mais adequado. Agora, eu pergunto a você: onde está o primeiro atendimento adequado em Paulista? Ele recebeu o Samu, será que ele recebeu ou implantou o sistema de pronto-atendimento adequado, a primeira sala de primeiros socorros? (Entrevistado 7)

O que poderia ter favorecido positivamente era a regulação desses leitos. [...] O paciente tem [...] um AVC [acidente vascular cerebral] hemorrágico. A gente vai regular pra onde? [...] Hospital X não é o correto. Não é uma referência pra neurocirurgia como é o Hospital Y. Então essa regulação de leitos poderiam sim ter melhorado a assistência primária nessa fase aguda desses pacientes específicos. (Entrevistada 18)

O esforço da comissão na implantação da política pareceu ter sido em vão, pois as ações de melhoria dentro do hospital não foram acompanhadas por outras destinadas aos demais componentes do SAUE. “O resultado depende da rede. Então eu não pude mostrar o resultado como um todo. Porque nós não conseguimos diminuir a nossa demanda” (Entrevistado 4).

Não adiantar você implantar uma tecnologia tipo Qualisus isoladamente. Você tem que melhorar a qualificação dentro do hospital, montar uma grade de referência, de contra-referência, você tem que aumentar o número de policlínicas. Ou seja, você tem que estruturar a rede como um todo. Samu, bombeiros, a regulação do estado. (Entrevistado 7)

5.2.3.3 *Conclusões*

No Hospital C, o grau de implantação atingido pela Política Qualisus foi considerado incipiente. As linhas de ação relativas à resolutividade diagnóstica e terapêutica (Eixo II) alcançaram grau de implantação substancialmente maior que as demais. Convém lembrar que 4 das 7 linhas de ação deste eixo referiam-se somente a questões estruturais e o hospital passara pouco tempo antes da avaliação por reforma da área física de seu SUE, além de renovação do parque de equipamentos, a partir de verbas da própria Política Qualisus e do Fundo Estadual de Saúde. Por outro lado, destaca-se o grau incipiente alcançado pelos Eixos I e III, os quais continham 6 das 9 linhas de ação consideradas prioritárias para implantação.

Em relação ao contexto organizacional, a implantação da Política Qualisus no Hospital C foi favorecida pelo desempenho conjunto da comissão de implantação e da diretoria técnica, demonstrando dedicação no planejamento e execução das ações e na mobilização do corpo clínico. As atividades da comissão de implantação eram por demais dependentes da atuação de sua liderança, formada pela coordenação médica e de enfermagem do SUE e de enfermagem do hospital. Houve uma ótima relação com o consultor do MS, o qual conseguiu, não sem dificuldades, estabelecer um planejamento para a implantação das ações eleitas como prioritárias dentro da política. Esse método causou admiração e entusiasmo da comissão, embora não tenha sido assimilado por inteiro por todos, pela falta de costume de lidar com esse tipo de estratégia. A categoria dos enfermeiros foi a que mais se engajou ao processo. Houve resistências por parte de médicos e assistentes sociais, que estranharam as novas atribuições de funções estabelecidas na política, principalmente em relação à tecnologia *Acolhimento com classificação de risco*.

Um sério percalço enfrentado pelo Hospital C para a implantação da Política Qualisus foi a limitação de área útil do hospital decorrente de um comprometimento importante de sua estrutura física, que atingiu de modo considerável o seu SUE. Porém, o maior entrave à implantação apontado pelos entrevistados foi o número reduzido de profissionais de saúde atuantes no SUE, problema que foi parcialmente atenuado pela realização de concurso público. Não havia políticas próprias do hospital para fixação de recursos humanos, ficando o gerenciamento a cargo da SES. Mesmo assim, através da reprogramação de funções, principalmente do corpo de enfermagem dentro do SUE, a comissão da implantação conseguiu, com dificuldade, implantar algumas das linhas de ação.

Outro entrave à implantação da política foi a excessiva demanda de usuários no SUE, advindos de forma espontânea ou via Samu, a partir de municípios vizinhos. Este foi o principal motivo alegado para a não introdução de linhas de ação de fácil implantação como o *Estabelecimento de visitas abertas e Garantia de acompanhantes*. A superlotação do SUE do Hospital C seria decorrente da inefetividade dos demais componentes do SAUE da Região Metropolitana da Recife no atendimento de usuários com problemas menos complexos. O Samu Metropolitano e a CRMU não cumpriram o seu papel ordenador da rede de assistência. Na visão de alguns entrevistados, o sucesso da implantação da Política Qualisus dependia de um trabalho semelhante nos demais componentes do SAUE regional.

O atraso na execução das reformas estruturais e na liberação de verbas para compra de equipamentos representou um importante fator desfavorecedor da implantação da Política Qualisus no Hospital C, pois na percepção dos agentes internos seria esta a contrapartida do MS associada à implantação das ações. A interrupção das visitas do consultor causou a desmobilização da comissão, determinando a interrupção das atividades relacionadas à política.

5.3 Análise integrada dos casos

Nesta sessão, os casos serão analisados comparativamente, enfocando as variações entre os graus de implantação da Política Qualisus, seus eixos e linhas de ação nos três hospitais, e procurando identificar os fatores contextuais determinantes.

5.3.1 Os graus de implantação.

O grau de implantação da Política Qualisus foi considerado incipiente nos três hospitais, com diferença de oito pontos percentuais entre o maior e o menor (Hospital A: 50%; Hospital B: 47%; Hospital C: 42%). Analisando-se os eixos separadamente, percebe-se que os Eixos I (*Acolhimento, ambiência e direitos dos usuários*) e II (*Resolução diagnóstica e terapêutica*) obtiveram graus de implantação mais avançados quando comparados aos Eixos III (*Responsabilização e garantia de continuidade do cuidado*) e IV (*Aprimoramento e democratização da gestão*) (Gráfico 7).

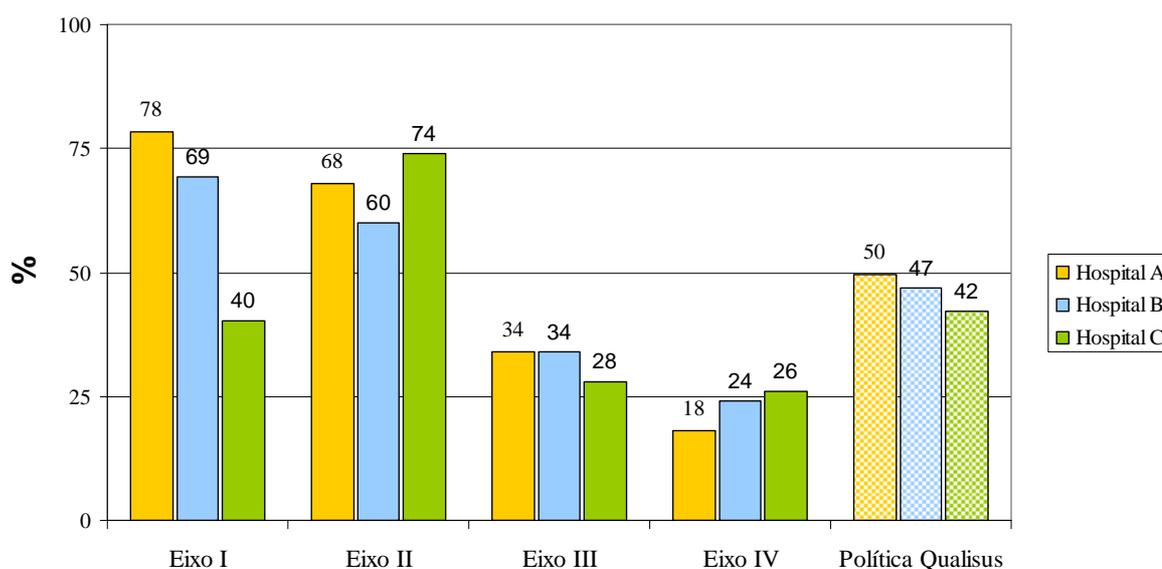


Gráfico 7 - Grau de implantação da Política Qualisus e seus eixos em três hospitais do município do Recife, 2007

Observa-se também que a maior variação entre os hospitais se deu nos graus de implantação do Eixo I, de 38 pontos percentuais entre os Hospitais A (78%) e C (40%). Esta variação foi menor nos demais eixos: II (14 pontos), III e IV (8 pontos). A seguir, serão analisados os resultados dentro de cada eixo.

5.3.1.1 Eixo I

O Eixo I reúne cinco linhas de ação sob a dimensão da humanização, relativas ao direito das pessoas, ao conforto dos usuários e à sua adaptação aos serviços de saúde. O grau de implantação do Eixo I foi considerado como avançado no Hospital A (78%), intermediário no Hospital B (69%) e incipiente no Hospital C (40%) (Gráfico 7). Dentre as linhas de ação desse eixo, em apenas uma, a *Garantia à alimentação*, os três hospitais alcançaram grau de implantação de 100% (Gráfico 8).

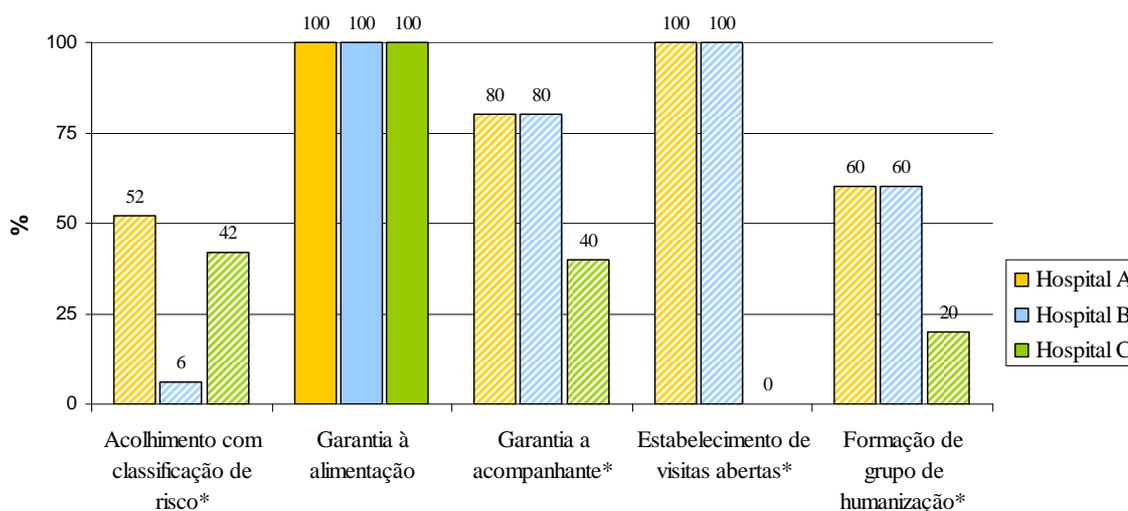


Gráfico 8 - Grau de implantação das linhas de ação do Eixo I da Política Qualisus em três hospitais do município do Recife, 2007

Nota: * Linhas consideradas prioritárias (barras hachuradas)

Em outras três linhas de ação, consideradas como prioritárias, os Hospitais A e B apresentaram situações idênticas, ambas melhores que a do Hospital C: *Garantia a acompanhante* (grau de implantação de 80% nos Hospitais A e B, contra 40% do Hospital C), *Estabelecimento de visitas abertas* (100% contra 0) e *Formação de grupo de humanização* (60% contra 20%). O baixo grau de implantação destas três linhas acabou determinando o baixo grau do Eixo I como um todo neste hospital, quando comparado aos demais. As duas primeiras linhas trazem técnicas e conceitos relativos à manutenção do elo entre o usuário e sua rede social durante o internamento no SUE (BRASIL, 2006h). São vários os entraves para a sustentação desse elo nos serviços de saúde como um todo, e em especial nos setores de urgência. Entre estes, a carência de estrutura física e a concepção de representarem mais uma demanda potencial na rotina de trabalho (BRASIL, 2004b, 2006d, 2006h). Para implantação das duas primeiras linhas, os Hospitais A e B criaram artifícios (crachás) com a função de identificar e possibilitar o revezamento de acompanhantes, configurando-se assim, visitas sem horário definido. No Hospital C, eram permitidos acompanhantes apenas para usuários especiais, previstos em leis, como crianças, idosos, indígenas e presidiários. As visitas eram aceitas somente em horários específicos, pré-determinados. O motivo alegado para a não implantação dessas linhas pelo Hospital C foi o estado perene de superlotação em que se encontrava o seu SUE (Entrevistado 4). Afora a introdução de tecnologias organizacionais, a Política Qualisus incluía ainda a aquisição de mobiliário e realização de reformas estruturais

para criação de espaços destinados especificamente aos acompanhantes e visitas. Até o momento desta pesquisa, apenas o Hospital C havia passado por reforma física, a qual não contemplara estes espaços. Em relação à linha de ação *Formação de grupos de humanização*, os três hospitais contavam com estes grupos formalmente constituídos, porém com número de componentes abaixo do ideal para a demanda. Apenas nos Hospitais A e B estavam em atividade regular.

A linha de ação *Acolhimento com classificação de risco* apresentou grau de implantação de 52% no Hospital A (intermediária), 42% no Hospital B (incipiente) e apenas 6% no Hospital C (incipiente). A Política Qualisus aplicava a noção de *acolhimento* nos setores de urgências hospitalares, enfatizando o seu significado de ação gerencial de reorganização do processo de trabalho por meio da instituição de espaço físico definido e de equipe capacitada para a aplicação de normalizações e rotinas especializadas. Entre essas, a *classificação de risco* se destaca como uma ferramenta de triagem de largo emprego internacional, que confere agilidade do atendimento a partir da análise da gravidade, do potencial de risco ou do grau de sofrimento do usuário, ao invés da simples ordem de chegada ao serviço (BRASIL, 2004a, 2004b, 2006b).

Esta linha de ação foi a que mais mobilizou as comissões de implantação, tomando praticamente todo o primeiro semestre de 2005. Por trazer conceitos novos, exigiu um intenso trabalho de esclarecimento e capacitação das equipes, inclusive com a realização de oficina, organizada pela coordenação da política em conjunto com técnicos da SES e pelas próprias comissões de implantação (PERNAMBUCO, 2006). Para a sua implantação foi necessária a adaptação da área física dos SUE até que se fossem efetuadas as reformas estruturais planejadas. No momento da avaliação, os Hospitais A e B contavam com áreas destinadas ao acolhimento e à classificação de forma adaptada, porém, apenas no primeiro de modo adequado (8 dos 10 itens presentes). Já o SUE do Hospital C, apesar de este ter passado por reforma estrutural recente, não contava com alguns elementos importantes de ambiência, como sala de apoio aos familiares e sala de ouvidoria. No Hospital B, apesar de ter toda a estrutura do seu SUE adaptada, as rotinas não estavam sendo aplicadas. Já nos Hospitais A e C o acolhimento e a classificação de risco eram realizados apenas em alguns períodos, a depender da disponibilidade em quantidade da equipe de enfermagem. O motivo alegado para a não aplicação da rotina no Hospital B foi o déficit de recursos humanos, principalmente de enfermeiros e técnicos de enfermagem (Entrevistados 9, 10 e 17). De fato, a principal

limitação à composição de equipes de acolhimento é o receio de aumento da carga de trabalho devido ao deslocamento de profissionais de saúde para esse fim (BRASIL, 2004a). Franco et al (1999), em experiência de implantação de acolhimento em uma unidade básica de saúde, observaram aumento de horas trabalhadas por parte de enfermeiros e técnicos de enfermagem. Este aumento, porém, foi acompanhado por acréscimo considerável da produtividade em termos de acesso do usuário ao serviço, que em última instância traduziu-se em aumento do rendimento do trabalho.

Outro fato observado nesse estudo foi resistência por parte da categoria dos assistentes sociais em participar do acolhimento, em particular nos Hospitais B e C, por não considerá-la uma função de nível superior (Entrevistadas 9 e 15). Tal fato não ocorreu no Hospital A, talvez por este contar com uma assistente social entre o grupo líder de sua comissão de implantação. O acolhimento é, dentre os dispositivos preconizados pela PNH e pela Política Qualisus, um dos mais pesquisados. A maior parte desses estudos diz respeito a implantações bem sucedidas em serviços de saúde de atenção primária (CAMELO et al., 2000; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; LIMA et al., 2007; RAMOS; LIMA, 2003; SCHIMITH; LIMA, 2004; SCHOLZE et al., 2006; SOLLA, 2005; TAKEMOTO; SILVA, 2007), enquanto que apenas um tem como campo um serviço de pronto-atendimento (MARQUES; LIMA, 2007). Já em relação ao dispositivo *Acolhimento com Classificação de Risco*, encontramos uma pesquisa acadêmica (COÊLHO, 2006) e relatos de experiências de implantação em serviços de saúde incluídos na PNH (BRASIL, 2006e) e na Política Qualisus (BRASIL, 2006a).

5.3.1.2 Eixo II

Esse eixo reúne sete linhas de ação com vistas a efetividade e resolutividade da assistência, à valorização dos trabalhadores e à redução de riscos, mesclando conceitos advindos de teorias organizacionais e da PNH (BRASIL, 2004f, 2006b; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b). Cinco destas referem-se estritamente a dimensões estruturais dos serviços de urgências: recursos humanos, área física e equipamentos. Já as linhas *Implantação de central de equipamentos de suporte e monitoramento de pacientes críticos* e *Normalização de condutas médicas* concernem também à aplicação de processos. O grau de implantação do

Eixo II foi considerado intermediário nos três hospitais (Hospital C - 74%; Hospital A – 68%; Hospital B – 60%) (Gráfico 9).

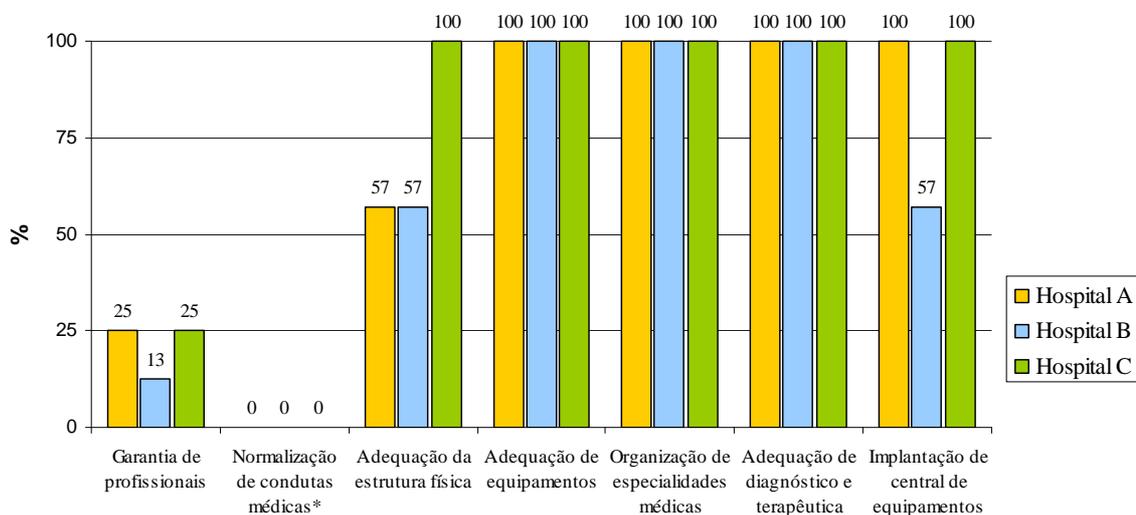


Gráfico 9 - Graus de implantação das linhas de ação do Eixo II da Política Qualisus em três hospitais do município do Recife, 2007.

Nota: * Linha considerada prioritária.

Em relação à linha de ação *Adequação da estrutura física do setor de urgência* em áreas de observação, retaguarda e estabilização, apenas o Hospital C cumpria com o preconizado (grau de implantação de 100%). Nos Hospitais A e B, os setores de urgência encontravam-se adaptados (57% - implantação intermediária). Até a realização desta pesquisa, apenas o setor de urgências do Hospital C havia passado por reforma estrutural recente, financiada por verbas da Política Qualisus, onde podia se identificar a divisão da área de emergência dos setores de urgência em níveis de complexidade, como preconizada pela política, a fim de facilitar a assistência pela adequação de recursos humanos e tecnológicos (BRASIL, 2004a; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005a).

Em relação às linhas de ação estruturais *Adequação de equipamentos na sala de observação e retaguarda*, *Organização da retaguarda de especialidades médicas às equipes* e *Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico*, os três hospitais obtiveram pontuação máxima (grau de implantação de 100%). As salas de observação e estabilização dos três serviços possuíam conjunto de equipamentos adequado às suas dimensões, porém insuficiente em relação à grande demanda existente. Os equipamentos encontrados nos Hospitais A e B

havia sido recém-adquiridos por verbas da Política Qualisus, enquanto que no Hospital C, o investimento partiu do Fundo Estadual de Saúde (Entrevistado 7). Os três hospitais ofereciam central de equipamentos de suporte (setor de engenharia clínica), porém, no Hospital B este funcionava apenas no horário diurno, por restrição do quadro funcional.

Os três hospitais obtiveram pontuação nula em relação à linha de ação *Normalização de condutas médicas*, apesar de ter sido eleita uma das prioritárias para implantação. Ou seja, nenhum dos hospitais seguia qualquer guia de manejo diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico. Acredita-se que as normalizações de assistência médica com base em evidências científicas contribuam para a qualificação de serviços através da redução de erros, da variabilidade de condutas e, conseqüentemente, dos custos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b; WALKER; HOWARD; LAMBERT, 1994).

Por fim, a linha de ação *Garantia de quantidade e qualidade de profissionais adequados à demanda* apresentou grau de implantação incipiente nos três hospitais (Hospitais A e C: 25%; Hospital B: 13%). Apesar de serem considerados de alta complexidade, possuidores de diversas equipes de especialidades e de um parque tecnológico avançado, os setores de urgência dos três hospitais apresentavam insuficiência de recursos humanos, tanto de nível médio como de nível superior. Apenas as equipes terceirizadas (recepção e segurança) apresentavam quadro funcional completo. O setor de urgências do Hospital B foi o que mostrou o maior déficit de profissionais, com pouco mais de 60% do seu quadro preenchido (Tabela 7).

5.3.1.3 Eixo III

As ações deste eixo derivam-se também do conceito da humanização, a qual orienta a estruturação da atenção à saúde mediante critérios de vínculo e responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários e do trabalho em equipe. Também remete à questão afim da garantia de continuidade do cuidado, que envolve ferramentas gerenciais como a gestão de vagas (BRASIL, 2003a, 2004c, 2004f, 2006f; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005a; SANTOS, J. S., 2005b; SCARAZATTI, 2005b). Apesar de suas linhas de

ação dependerem mais da implantação de processos do que de estrutura, o Eixo III apresentou implantação incipiente nos três hospitais, em graus aproximados (Hospitais A e B: 34%; Hospital C: 28%) (Gráfico 10).

Tabela 7 – Número de profissionais de saúde em atividade e proporção percentual em relação ao número de vagas nos três hospitais incluídos na Política Qualisus – Recife, 2007

Categoria profissional	Hospital A		Hospital B		Hospital C	
	N*	%**	N	%	N	%
Clínicos gerais	55	70,5	21	60,0	40	95,2
Neurologistas	12	33,3	-	-	7	100,0
Cirurgiões gerais	44	68,8	28	80,0	36	85,7
Ortopedistas	24	57,1	15	53,6	28	84,8
Neurocirurgiões	16	45,7	-	-	5	35,7
Cirurgiões BMF	19	90,5	-	-	14	100,0
Psiquiatras	-	-	19	90,5	-	-
Cirurgiões vasculares	15	68,2	-	-	-	-
Endoscopistas	14	100,0	-	-	-	-
Enfermeiros	44	78,6	28	80,0	19	55,9
Técnicos de enfermagem	251	91,3	105	52,0	116	60,4
TOTAL	494	76,8	216	60,7	265	70,1

Nota: * Número de profissionais; ** Proporção percentual em relação ao número de vagas; BMF: buco-maxilo-facial

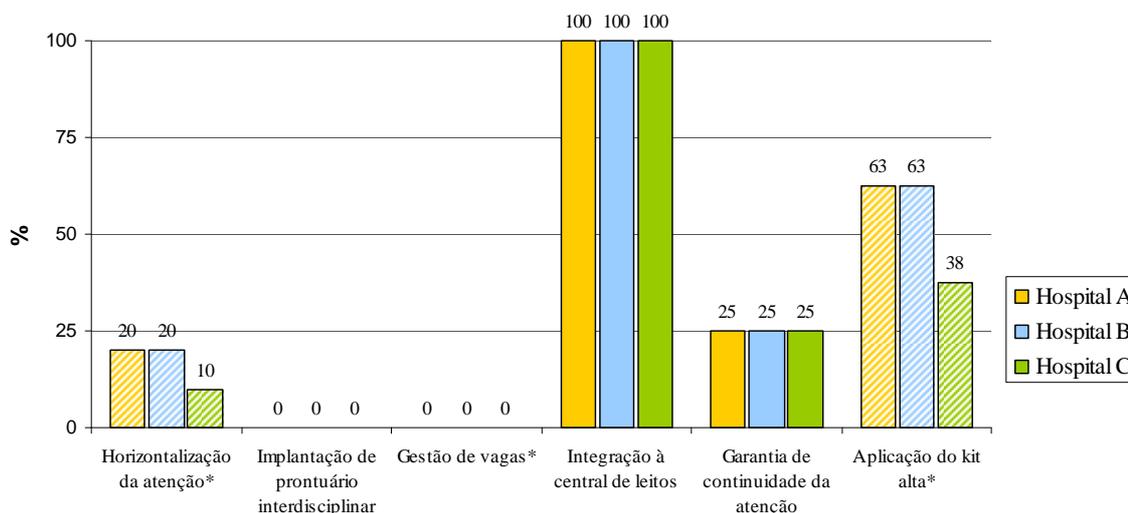


Gráfico 10 - Graus de implantação das linhas de ação do Eixo III da Política Qualisus em três hospitais do município do Recife, 2007

Nota: * Linhas consideradas prioritárias (barras hachuradas)

Três das seis linhas de ação deste eixo eram consideradas de implantação prioritária: a *Organização de planos de cuidado (horizontalização da atenção)*, a *Implantação sistemática de gestão de vagas e tempo de permanência* e a *Implantação do “kit alta”*. A chamada *Organização de planos de cuidado* é uma das facetas do *acolhimento*. Baseia-se na concepção de que ao usuário deva ser oferecido um projeto terapêutico individualizado e “horizontalizado”, ou seja, contínuo, sem soluções de continuidade durante sua estadia no setor e mesmo após a alta (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b). Essa forma de atenção pode ser viabilizada pela formação de escalas horizontais de médicos e enfermeiros, em substituição às tradicionais escalas verticais de plantão, comuns em serviços de urgência. Nos três hospitais, a “horizontalização” só foi alcançada mediante acordo entre os setores e as direções. Nos Hospitais A e B duas equipes médicas foram parcialmente “horizontalizadas” (20% de implantação), ou seja, passaram a cumprir cargas horárias diárias de trabalho, porém não cobrindo todos os dias úteis da semana. Já no Hospital C, apenas uma equipe foi parcialmente horizontalizada (10% de implantação). O maior empecilho para a implantação desta ação foi a rigidez da distribuição da carga horária semanal dos profissionais do SUE, na qual há associação de pagamento de valor adicional ao salário à escala “verticalizada”, ou seja, na forma de plantões de 12 horas duas vezes por semana.

A linha de ação *Implantação sistemática de gestão de vagas e tempo de permanência* objetivava diminuir o tempo de permanência do usuário no SUE, evitando-se assim superlotação e queda da qualidade do serviço. Diversos fatores externos e internos interferem no tempo de permanência do usuário no setor, tais como grau de informatização, adoção de normalizações, “horizontalização” do atendimento, acesso a exames, grau de interdisciplinaridade, existência de rede de atendimento pós-hospitalar, regulação das capacidades da rede hospitalar, suporte social, entre outros (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b). Para a pesquisa, a esta linha de ação foi desdobrada nos critérios *Uso do censo hospitalar* e *Destinação de leitos para a urgência*. Considerou-se como nulo o grau de implantação dessa linha de ação nos três hospitais, pois, apesar de disponível, o emprego do censo hospitalar para este fim não era rotina em nenhum dos serviços. A averiguação de vagas para internamento a partir do setor de urgências era realizada por contato telefônico, tornando pouco ágil todo o processo. Nenhum dos hospitais reservava proporção de leitos de internamento para pacientes provenientes do SUE.

O denominado “*kit alta*” é o conjunto de documentos (relatório de alta, atestado médico, receita, solicitação de agendamento de retornos e exames complementares) a ser fornecido pelo médico ao usuário no momento da alta do SUE, com o objetivo de facilitar a retomada da atenção (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b). A implantação do *kit alta* foi considerada intermediária nos Hospitais A e B (63%), pois era rotina nestes serviços o preenchimento de receita médica, resumo de alta e atestado médico. Havia resistência entre os médicos do Hospital C para o fornecimento deste último documento (implantação incipiente: 38%).

Das outras três linhas, apenas a *Integração às centrais de leitos e de urgências* obteve grau de implantação avançado nos três serviços (100%). Era rotina dos três serviços o contato diário com ambas as centrais, porém, o objetivo concreto deste contato, a regulação do fluxo de usuários na rede de assistência, não foi avaliado. A adoção de *Prontuários interdisciplinares por problemas* também objetiva facilitar o processo de vínculo e responsabilização por meio da definição da linha de cuidado a ser fornecida ao usuário (BRASIL, 2006f). Nenhum dos serviços chegou a adotar essa tecnologia (grau de implantação nulo). Finalmente, o grau de implantação da linha de ação *Articulação com outras unidades do SUS e rede de apoio social para a garantia da continuidade de atenção* foi considerado incipiente nos três hospitais (25%). A continuidade da atenção era garantida apenas a usuários de especialidades isoladas, a depender de iniciativa da própria equipe. Mesmo assim, o acompanhamento pós-alta do usuário se fazia no ambulatório do próprio hospital, e não em outra unidade do SUS. A transferência de usuários para hospitais de retaguarda, articulada pela central de leitos, era dificultada pela resistência destes serviços em admitir pacientes com maior grau de complexidade (em uso de medicações de alto custo, por exemplo).

5.3.1.4 *Eixo IV*

Este último eixo refere-se à melhoria da capacidade gestão e ao controle social dos SUE. Os três hospitais obtiveram grau incipiente de implantação, com valores aproximados (Hospital A – 18%; Hospital B – 24%; Hospital C – 26%). Apenas uma linha de ação desse eixo, o *Estabelecimento de mecanismos permanentes de escuta dos usuários (serviço de ouvidoria)*,

fazia parte da agenda de prioridades traçada ao início do processo de implantação da Política Qualisus. Apenas o Hospital B contava com serviço de ouvidoria, a qual servia a toda a unidade, com quantidade de profissionais abaixo da necessária para o serviço (grau de implantação intermediário – 57%) (Gráfico 11).

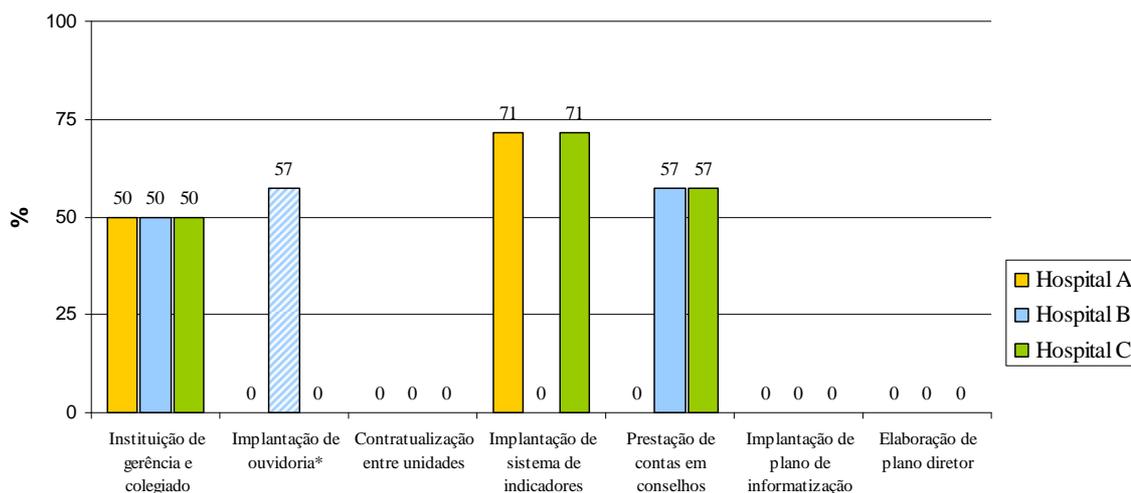


Gráfico 11 - Graus de implantação das linhas de ação do Eixo IV da Política Qualisus em três hospitais do município do Recife, 2007

Nota: * Linha considerada prioritária (barra hachurada)

Apenas os gerentes dos SUE dos Hospitais A e C utilizavam rotineiramente indicadores de produção (número de consultas mensais, número de exames complementares mensais, por exemplo) e de qualidade (taxa de ocupação de leitos geral e por especialidades, tempo médio de permanência geral e por especialidades) como ferramentas de gestão (grau de implantação intermediário – 71%). Nenhum dos serviços utilizava indicadores de custos. A linha de ação *Conselho Municipal de Saúde*, ferramenta que permite o controle social (BRASIL, 2002, 2003a, 2003b), estava sendo cumprida parcialmente pelos Hospitais B e C (grau de implantação intermediário – 57%). Nenhum dos hospitais prestava contas em conselho gestor.

Quanto à linha de ação *Instituição de gerência e colegiado multiprofissional da Unidade de urgência*, os três hospitais apresentavam gerências implantadas, que realizavam planejamento interno de atividades e participavam regularmente de reuniões ordinárias e extraordinárias com as direções. Porém, permaneceram com organograma de gestão “verticalizado”, uma vez que nenhum dos serviços havia formado colegiados multiprofissionais com o objetivo

estabelecer mecanismos de trocas contínuas entre as várias representações multiprofissionais e sociais envolvidas com o atendimento de urgência e emergência (grau de implantação incipiente – 50%) (SANTOS, J. S., 2005b; SCARAZATTI, 2005b).

As demais linhas de ação deste eixo alcançaram grau nulo de implantação, todas voltadas à melhoria do desempenho gerencial do hospital como um todo, em especial dos SUE: *Estabelecimento de “contratualização” entre gestor e direção do hospital e desta com unidades de produção-trabalho; Implementação de plano de informatização do hospital; Elaboração do plano diretor do hospital e plano de trabalho das várias unidades.*

Por fim, o Gráfico 12 mostra os graus de implantação nos hospitais obtidos pelas linhas de ação consideradas como prioritárias, em ordem decrescente de desempenho por linha, somando-se a pontuação dos três hospitais. Nota-se que as três ações de maior grau de implantação (*Estabelecimento de visitas abertas, garantia a acompanhante e Aplicação do “kit” alta*) dependiam da introdução de rotinas e recursos simples (cadeiras, formulários e crachás). Por sua vez, a implantação da tecnologia *Acolhimento com classificação de risco*, a quinta mais bem implantada entre as 9, necessitava de adaptações consideráveis de área física e da introdução de processos complexos, como a classificação de pacientes de acordo com a gravidade. De fato, essa linha de ação foi a que demandou maior dedicação por parte dos membros da comissão de implantação, desde a sua eleição como prioritária, no mês de março de 2005, até sua introdução, em julho. A partir de então, o acúmulo de atividades por parte dos consultores devido à expansão da política a outras capitais, culminando com as dificuldades de contratação destes ocorridas no fim do mesmo ano, dificultaram o trabalho das comissões o tocante à implantação de outras ações, como a *Normalização de condutas médicas e Gestão de vagas*.

5.3.2 A influência dos contextos organizacionais sobre os graus de implantação.

Nesta subseção, os fatores contextuais serão examinados, identificando os seus papéis na implantação da Política Qualisus nos três hospitais. Depoimentos de atores externos aos hospitais serão utilizados para ilustrar a discussão.

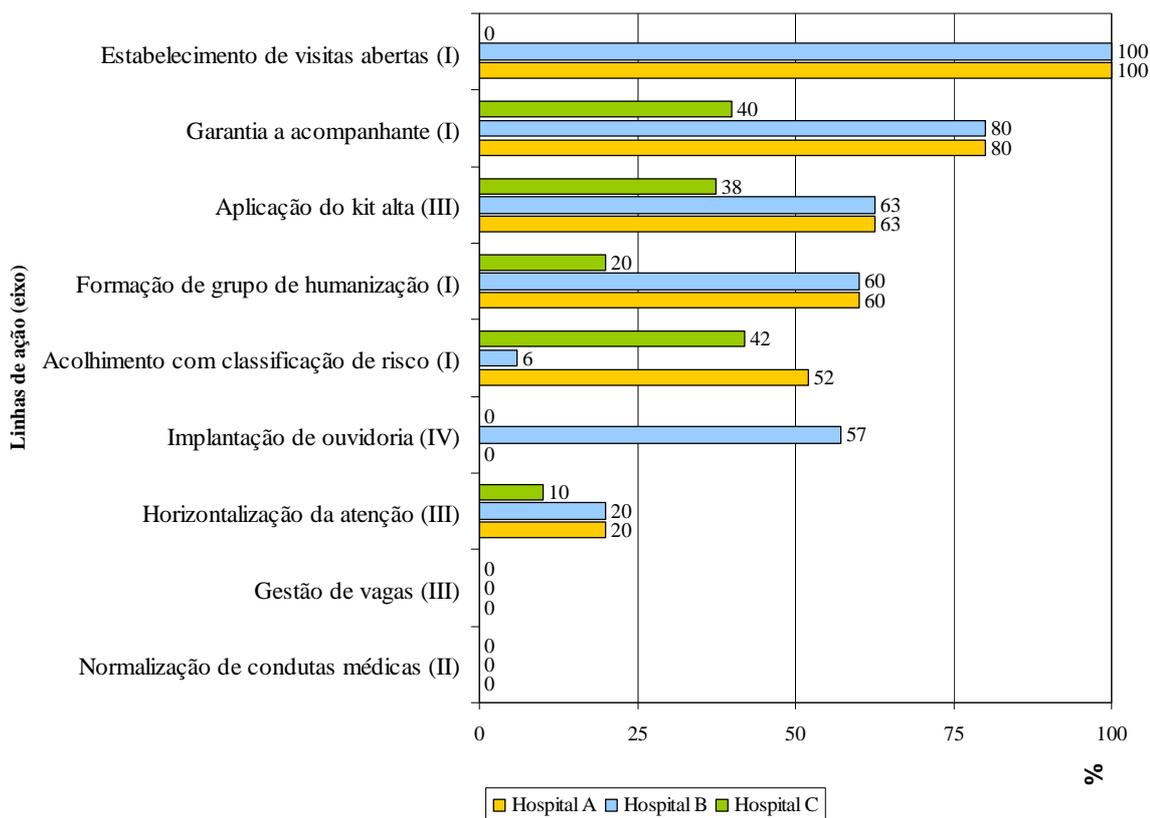


Gráfico 12 - Graus de implantação das linhas de ação prioritárias da Política Qualisus em três hospitais do município do Recife, 2007

Atores internos: comissões de implantação e direção

O trabalho das comissões, principalmente de suas lideranças, foram os principais determinantes da implantação da Política Qualisus nos três hospitais. As comissões de implantação eram formadas por profissionais de nível superior e médio das diversas categorias que compunham os SUE. Passaram e se conhecer e a se reunir ainda na fase de negociação entre o MS, SES e hospitais, e, em conjunto com os consultores do MS, discutiram e elaboraram a agenda mínima de prioridades. Participaram também das visitas a serviços que haviam passado por experiências positivas de programas de melhoria de qualidade no estado de São Paulo. Durante o período efetivo de implantação da política, entre janeiro de 2005 e abril de 2006, as comissões se tornaram menos numerosas, porém mais coesas. A categoria profissional predominante era a da enfermagem, por ter enxergado com mais clareza as melhorias da condição de trabalho e de assistência que a política traria aos

hospitais. A participação da categoria médica era limitada e irregular, limitando-se praticamente aos próprios gerentes dos SUE.

Em cada comissão havia um grupo líder, de duas ou três pessoas, incluindo os gerentes médico e de enfermagem do próprio serviço, sobre os quais recaiu a maior carga de trabalho e de responsabilidades. Cabia a esses líderes a intermediação com os consultores e com a diretoria, o gerenciamento das atividades, a mobilização das comissões e do corpo clínico dos hospitais, a representação dos hospitais nas reuniões e oficinas promovidas pelo MS, entre outras. Exceto no Hospital B, cuja gerente médica do SUE foi substituída por causa de desentendimentos com a direção, os grupos líderes mantiveram-se os mesmos durante os 16 meses que durou a fase de implantação das ações. Vale ressaltar que a única comissão que contou com uma assistente social no grupo líder foi a do Hospital A, onde não houve resistência por parte da categoria.

A participação da diretoria diferiu significativamente nos três hospitais. No Hospital A, o diretor geral acompanhou a implantação da política desde o seu início, não só apoiando, como participando ativamente de atividades da comissão. No Hospital C, a participação da direção resumiu-se exclusivamente à figura da diretoria técnica, permanecendo a diretoria geral distante de todo o processo. O Hospital B passou por duas diretorias durante o período de implantação da política. A primeira delas a apoiou e estimulou, enquanto na segunda o apoio passou a ser meramente formal, deixando a cargo da liderança da comissão de implantação a responsabilidade pelo andamento do processo. Este fato causou desentendimentos entre os agentes internos, envolvendo inclusive o consultor, culminando na substituição da liderança da comissão já no fim do período de implantação das ações.

Atores internos: profissionais de saúde do SUE

De um modo geral, a resistência à implantação da Política Qualisus demonstrada pelos profissionais de saúde lotados nos SUE dos três hospitais foi a esperada pelos entrevistados, e, na opinião destes, decaiu durante o andamento do processo.

Analisando-se as categorias profissionais em separado, observa-se que o padrão de resistência diferiu consideravelmente entre o Hospital A, de um lado, e os Hospitais B e C, de outro. Nestes, a categoria que demonstrou maior adesão foi a da enfermagem, entusiasmadas com a

perspectiva de melhora das condições de trabalho. Enquanto que, por parte dos médicos, o engajamento foi mínimo. Nos dois hospitais, os assistentes sociais criaram obstáculos a sua participação em ações específicas, como o acolhimento. Já no Hospital A, de modo contrário, entre os enfermeiros do SUE o grau de resistência foi elevado pelo receio em sofrerem aumento de carga de trabalho. Não houve resistência por parte dos médicos e assistentes sociais. Neste aspecto, a atuação da direção pode ter tido influência.

Ambiente interno – recursos humanos

O principal entrave apontado pelos entrevistados à implantação da Política Qualisus foi a insuficiência de recursos humanos enfrentada pelos SUE dos três hospitais. Mesmo com a realização de concursos públicos e contratações temporárias, não houve o preenchimento das vagas disponíveis durante o período do estudo. Os fatores identificados para explicar esta baixa fixação do profissional ao serviço foram (1) os baixos salários, (2) o despreparo para o cuidado de urgência e emergência e (3) as más condições de trabalho oferecidas por esses setores, o que envolve deficiências de infra-estrutura, como acomodação, alimentação, falta ou má qualidade de produtos para o cuidado de saúde (medicamentos, artigos, equipamentos), assim como a própria sobrecarga de trabalho, a qual se torna, desse modo, ao mesmo tempo causa e efeito do problema. Tanto o despreparo por parte dos profissionais no cuidado de urgência e emergência quanto a fuga destes dos SUE são problemas encontrados em SAUE do mundo inteiro (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2004; CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS; NATIONAL EMERGENCY NURSES AFFILIATION, 2000; GUO; HARSTALL, 2006; KELLERMANN, 2006).

A deficiência de recursos humanos pôde ser mais bem caracterizada no Hospital B (Tabela 7), inclusive pelos depoimentos dos entrevistados. Como consequência, o Hospital B foi o único que não teve implantada a linha de ação *Acolhimento com classificação de risco*, apesar da participação em oficinas e treinamentos com as demais comissões, da adesão de enfermeiros e técnicos de enfermagem, da capacitação da equipe e da adaptação da área física (Gráfico 8). Chegou a iniciar a rotina em conjunto com os outros hospitais, porém não houve continuidade devido ao déficit de pessoal, entre médicos, especialmente de enfermeiros e técnicos de enfermagem. A rotina do acolhimento e da classificação por gravidade requer a dedicação de profissionais exclusivamente a essas funções, o que a princípio se traduz em aumento da carga

de trabalho (BRASIL, 2004a). Em experiência prática, observou-se a carga de trabalho adicional foi acompanhado por aumento da produtividade e conseqüentemente, do rendimento do trabalho (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Ambiente interno – estrutura física e organizacional

O Hospital C sofreu sérias limitações físicas durante o período de implantação da Política Qualisus, decorrentes da interdição de parte considerável de seu prédio para reparos de comprometimentos estruturais graves. A área destinada ao SUE foi restrita à metade, afetando significativamente o fluxo de pacientes. Esta pode ser a explicação para a não implantação no Hospital C das linhas de ação *Estabelecimento de visitas abertas* e *Garantia de acompanhantes*, consideradas de introdução simples. O receio de representarem mais uma demanda potencial na rotina de trabalho (BRASIL, 2004b, 2006d, 2006h) parece ter prevalecido, mesmo após a reforma estrutural do SUE. A não implantação dessas duas linhas repercutiu consideravelmente no grau de implantação do Eixo I e da política como um todo no Hospital C, quando comparado ao dos demais (Gráficos 7 e 8).

As características próprias e a rigidez do organograma e da forma de regime de trabalho também foram apontadas como obstáculos à implantação da Política Qualisus nos hospitais. Os três, por pertencerem à administração direta do Estado de Pernambuco, possuem o mesmo organograma gerencial. Os SUE são geridos pelo Núcleo de Emergência, composto por pelo menos um médico e um enfermeiro. Este núcleo é subordinado diretamente à Diretoria Técnica dos hospitais, que por sua vez é subordinada à Diretoria Geral. Esse formato torna a ação gestora “verticalizada”, dificultando a participação das chefias das especialidades e de outras categorias profissionais no processo decisório. A constituição de colegiados, uma das linhas de ação da Política Qualisus, procura garantir a participação dos setores envolvidos com o atendimento de urgências na gestão do setor. Por sua vez, o regime de trabalho “verticalizado”, na forma de escalas de plantões de 24 horas semanais divididas em dois turnos, diurno e noturno, além de fragmentar o cuidado ao paciente, fragiliza o vínculo entre o profissional e o serviço, condição fundamental para a percepção de problemas e planejamento de ações corretivas. A linha de ação *Organização de planos de cuidado* visava à formação de escalas horizontais de trabalho, permitindo oferecer o projeto terapêutico de modo contínuo ao usuário do serviço (SANTOS, J. S., 2005b; SCARAZATTI, 2005b). Obteve implantação incipiente nos três hospitais (Gráfico 10).

Atores externos: os consultores do MS

No apoio às comissões de implantação, os consultores foram fundamentais para o progresso da implantação da Política qualisus nos três hospitais. Ao contrário dos Hospitais B e C, que experimentaram predominantemente apenas um consultor cada ao longo do período, o Hospital A contou com três destes profissionais. Todos os consultores eram provenientes do Estado de São Paulo e a maior parte deles já haviam participado de experiências de sucesso de melhoria de qualidade em seus serviços de origem.

Para a implantação das linhas de ação dentro dos hospitais, optou-se pelo enfoque estratégico de planejamento, definido-se metas, atividades, responsáveis e prazos. O avanço da implantação da política dentro dos hospitais dependeu muito da atuação do consultor, principalmente na liderança em conduzir os processos e na motivação dos agentes internos. Mesmo assim, houve muitas dificuldades no cumprimento de prazos. “Veio com uma metodologia muito boa, construtivista, excelente, mas muitas vezes faltava amarrar as coisas. Eu acho que depois quase uns seis meses, não sei se a coisa não ficava clara para todo o mundo. Também não tinha prazo” (Entrevistada 8).

Dentro da própria equipe do Qualisus tinha gente que não tinha muita habilidade pra fazer isso. Eu acho que a equipe que tava trabalhando em Recife conseguiu fazer isso com uma certa propriedade [...] De maneira geral nós saímos de lá com um bom relacionamento, [...] os trabalhos estavam andando. Mesmo com essas dificuldades de não ter a contrapartida do ministério. (Entrevistado 12)

As comissões de implantação acabaram desenvolvendo uma dependência dos consultores, a ponto da interrupção das visitas praticamente decretarem o fim das atividades de implantação dentro dos hospitais. Na visão de um técnico da SES: “Essas comissões internas elas funcionavam mais por inserção do próprio consultor do Qualisus. E a gente percebeu com a não vinda do Qualisus, essas comissões se enfraqueceram” (Entrevistada 6).

Atores externos: o MS (coordenação da Política Qualisus)

Apesar de celebrada em convênio (BRASIL, 2005; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005b), a parceria entre o MS e SES não se mostrou suficientemente afinada do ponto de vista do financiamento. Conforme a percepção prevalente entre os agentes internos,

o MS não cumprira, conforme firmado no início dos trabalhos, com a sua função de promover as reformas físicas e renovação de equipamentos tão aguardadas pelo corpo clínico dos três hospitais. Os membros da SES, responsáveis pela elaboração dos projetos de financiamento nos moldes do Programa 1216 (BRASIL, 2005), corroboram com a opinião de que houve ingerência por parte do MS no repasse de verbas, opinião compartilhada pelos consultores. A não realização do investimento em infra-estrutura, ao lado da não resolução da superlotação nos SUE, representaram fatores determinantes para a desmotivação dos membros das comissões de implantação, assim como dos profissionais de saúde dos hospitais.

Um ano e meio com a pressão do ministério pra você fazer o negócio e fizemos. Só que, depois com um ano e meio, não tem nem notícias de licitação. Isso mina qualquer trabalho de estruturação. [...] Na verdade, eu acho que uma das funções dos consultores nos locais era de conquistar a confiança das equipes locais. [...] Agora, você, quando você consegue conquistar, e passa um mês, dois, dez, quinze meses e nada do que você prometeu [...] aparece, todo mundo desanima. Então o que faltou foi o planejamento (Entrevistado 12)

Quando a gente falava assim pro parceiro, “olha, nós vamos fazer uma ação do seu estado ou no seu município. Nós vamos trabalhar com seus hospitais”, e a gente fazia um contrato com ele, dizia assim, “esse contrato, nós vamos investir aí, fazer uma reforma física, melhorar a qualidade, fazer um investimento em equipamento, mas nós temos uma contrapartida que é a questão da qualidade. [...]”. E nós dizíamos pra ele, “se você não fizer a contrapartida, nós não investimos em seu hospital”. Nós não tínhamos garantia disso, pela própria burocracia e pelo jeito que a gente lidava com as situações. Um jeito que eu considerarei, em um momento, um pouco amador. E você pode dizer isso, porque eu expressei isso em vários momentos. A gente foi muito amadorístico nessa questão. (Entrevistado 16)

O MS foi o que menos acreditou [na política]. Talvez tenha sido a maneira como o Qualisus foi implantado no MS. Porque foi um programa que [...] morreu não porque a gente não tenha acreditado nele. Ele morreu porque não houve continuidade no próprio MS. Por exemplo, a gente mesmo sem a visita do Qualisus, em março de 2006, a gente continuou a trabalhar com o Comitê Metropolitano [de Urgência e Emergência], trabalhamos no protocolo de acesso, aprovado com várias entidades e levada ao comitê metropolitano. Tudo que era tecnologia a gente tentou (Entrevistada 8)

Por fim, a decisão de expandir a política para as demais capitais estaduais, mantendo-se a mesma quantidade de consultores, foi considerada equivocada por alguns agentes externos. Nos hospitais, esse fato foi sentido pela diminuição da frequência de visitas dos consultores. A partir da mudança das regras de contratação de consultores pelo MS, as visitas cessaram e a Política Qualisus passou a se configurar mais como um programa de financiamento estrutural

do que um indutor de mudanças organizacionais e comportamentais no tocante à qualidade da assistência nos serviços de urgência e emergência.

No final de 2005, em outubro, se não me engano, nós recebemos uma designação [...] de que nós teríamos que expandir [a política] para as 27 capitais, imediatamente. [...] Nós teríamos que fazer o pré-projeto naquele ano, para entrar no orçamento em 2006. [...] A gente fez um contato político com os governos dos estados, ou com o município, quando a gente não tinha acesso ao estado. [...] A gente pediu a eles que fizessem um projeto físico e um projeto de equipamentos, em qualquer base, e daí dessem entrada em um pré-projeto. Depois, nós iríamos para os estados, com os grupos de consultores, pra arranjar esses projetos. Imagina? Com o número insuficiente de consultores que a gente tinha, fazer isso e depois correr atrás da qualidade. E depois dizer pra eles que isso dependia de ter uma ação de qualidade. (Entrevistado 16)

[Houve] alguns grandes atravessamentos. O primeiro deles era a relação contratual com os consultores. A gente começou a não ter mais condições de custear os consultores. Perdeu o PRODOC que a gente tinha. PRODOC é o financiamento que tem pra pagar consultor, uma lei. Porque tiraram do Qualisus e passaram pra outra instituição. Segundo, uma lei presidencial mudava um pouco a relação de consultoria. A gente não podia fazer consultoria, mesmo que não tivesse vínculo público, desde que autorizado pelos seus superiores, pela sua chefia (Entrevistado 16)

Como que querem que a gente coordene uma coisa que nem sabe? Aí quando eu vi também o Hospital X era Qualisus, e ia um material par a o Hospital Y que não estava incluso na produção dos três hospitais [...] Essas coisas que você fica assim, meio sem entender. Depois vai atrás e a conclusão é que se tornou realmente um Reforsus, nessa parte de financiamento. (Entrevistada 14)

Atores externos: a SES

A atuação da segunda gestão da Gerência de Assistência à Saúde da SES como co-partícipe foi reconhecida pelos entrevistados como fator facilitador da implantação da Política Qualisus. Seus membros compartilhavam com a mesma opinião de adequação e oportunidade de seu conteúdo, enxergando uma oportunidade de melhoria da qualidade da assistência pública à saúde como um todo, e não só da atenção às urgências e emergências.

Eu acho que o pessoal [da SES] estava bem envolvido, com muita vontade de fazer funcionar mesmo. A gente chegava lá e estava tudo organizado, [...] as pessoas chamadas e na medida do possível todo mundo sabendo exatamente o que seria essa atividade. (Entrevistado 12)

Porém, a atuação da SES no tocante à política de recursos humanos foi considerada como um entrave, por não ter solucionado ou atenuado o déficit de profissionais de saúde nos três hospitais, notadamente no Hospital B, apesar da realização de concursos públicos e contratação temporária de pessoal durante o período.

Ambiente externo: baixa resolutividade da rede de assistência à saúde

Sobre o ambiente externo, foi identificado um único e complexo problema, a baixa resolutividade da rede de assistência à saúde do Recife e dos municípios da região metropolitana, notadamente para os casos a atenção de urgência e emergência. Esta seria a principal causa da superlotação da sala de espera dos SUE tanto para os membros das comissões de implantação e diretorias dos hospitais, quanto para a SES e o MS. Para os entrevistados, os municípios não estariam cumprindo o papel de atender e absorver os casos de urgência e emergência menos complexos, preferindo drená-los aos hospitais de grande porte. Este não cumprimento poderia ser em parte explicado pela deficiência estrutural da rede de assistência, ou seja, pela quantidade insuficiente de unidades básicas de saúde, que, em teoria, seriam as responsáveis em amparar os casos menos complexos.

Na maior parte do Brasil que a gente visitou não tem como você montar Regulação [CRMU] porque você não tem estrutura mínima. Você não tem essas unidades policlínicas, você não tem uma unidade básica. Só tem a porta do hospital. (Entrevistado 12)

Quando indagados sobre a necessidade de se construir novos hospitais de urgência na Região Metropolitana do Recife, as opiniões divergentes de alguns atores externos reforçam a controvérsia que envolve o tema:

Pra esse problema [...] essas três unidades não resolvem o problema. Precisa de unidade de média complexidade? Eu diria que era muito melhor investir em unidades em pronto-atendimento. Uma rede grande de pronto-atendimento resolutivo, por exemplo, na área traumatológica, por exemplo, para não mandar uma fatura simples para os Hospitais A, B e C. [...] As emergências hoje elas estão cada vez mais exigindo alta complexidade. Veja a questão da violência no cotidiano. (Entrevistado 5)

Eu acho que provavelmente existe uma deficiência numérica em leitos realmente. [...] É mais ou menos gritante. Agora, construir três hospitais sem organizar o sistema, serão três hospitais sucateados daqui a alguns anos. O que eu acho que muito do que acontece na porta de emergência é muito mais por falta de organização do sistema, do que muitas vezes, é uma

falta absoluta de estrutura. O que acontece é que a gente acaba vindo na porta de emergência muita coisa que deveria estar numa unidade básica de saúde, ou que devia ser acolhido pelo próprio pessoal da saúde da família. Mas por falta de organização de fluxo, por falta de orientação, acaba estourando na porta de emergência. (Entrevistado 12)

Não, eu não acho que precise de hospital de urgência, eu acho que [precisa] de hospital geral. Isso é fácil de responder, basta você olhar pra emergência do Hospital A e olhar o que tem lá nas macas. [...] Tem duzentos e vinte pacientes que ficam internados, setenta de neurocirurgia, uma boa parte são cirurgias eletivas. Então, eu preciso de um hospital que dê respostas à eletividade. Se eu não tiver isso vai acabar estourando na urgência-emergência mesmo. (Entrevistado 16)

Outros dois fatores relacionados estariam associados à superlotação dos SUE dos grandes hospitais: (1) a atuação do Samu como um serviço meramente de transporte, sem regulação, (2) a dificuldade de transferência de pacientes após a alta do SUE para outros serviços de saúde de menor porte, os chamados hospitais de retaguarda. Estes hospitais, em grande parte privados conveniados ao SUS, não receberiam os pacientes provenientes dos grandes hospitais, uma vez que grande parte destes exigia o uso de medicações e intervenções de custo elevado.

A implantação do Samu e da CRMU, iniciada pouco antes, interferiu consideravelmente na implantação da Política Qualisus. De acordo com a observação comum dos entrevistados, com a implantação do Samu, inicialmente no município do Recife, e em seguida, no restante da Região Metropolitana, houve aumento do movimento dos SUE, o que contribuiu para o estado de superlotação. Entretanto, foi observado também que houvera sensível melhora do estado de saúde do usuário à admissão no SUE, melhorando com isso sua sobrevivência. Conforme a percepção dos entrevistados, boa parcela dos pacientes derivados pelo Samu era composta por usuários provenientes de municípios vizinhos, com queixas ou problemas de menor complexidade, que deveriam ter sido absorvidos por serviços de saúde de menor porte dentro do território de origem. O Samu e a CRMU, do mesmo modo que os outros componentes do SAUE, também apresentavam carências em sua estrutura e organização, dificultando inclusive a articulação com outras centrais de regulação, como a Central de Leitos do estado e Corpo de Bombeiros. As deficiências de estrutura e funcionamento do sistema pré-hospitalar móvel do município do Recife foram bem caracterizadas por Almeida (2007).

Nossa emergência não está regulando bem, [...] está trazendo casos que não eram para estar no Hospital A, B ou C. A outra coisa é você dar oportunidade de salvar uma vida em Camaragibe, em Jaboatão, em Paulista, que antes você [era] mal atendido. Você botava um cara numa carroceria, numa caminhonete trazer e ele já chegar morto. E agora, com o Samu, chega vivo. Aí seria avaliar essa regulação realizada pelo Samu. (Entrevistado 5).

O pacto da instalação do Samu Metropolitano [previa] [...] que esses municípios teriam uma sala de estabilização em [...] qualquer unidade, seja ela numa policlínica, num hospital, em alguma coisa. O paciente se estabilizava e depois de lá seria encaminhado, o paciente grave, naturalmente, pra uma [grande] emergência. Mas não era isso que a gente via. O paciente passava direto. Era socorrido imediatamente pra uma grande emergência. E a demanda aumentou muito. E a complexidade diminuiu. A minha interpretação é que a demanda nas grandes Emergências aumentou com o Samu Metropolitano. (Entrevistada 6)

Entre os agentes internos e externos, prevaleceu a idéia de que o sucesso da implantação da Política Qualisus nos SUE dos hospitais de referência dependia da melhoria da qualidade dos demais componentes do SAUE: o pré-hospitalar móvel (Samu), a CRMU, o pré-hospitalar fixo (unidades de saúde de menor porte) e o pós-hospitalar (hospitais “de retaguarda” e atenção domiciliar). “Uma das coisas que eu falava muito era a maneira de como começou. Porque eu achei que ele começou pelo inverso, que ele começou dentro da própria emergência. Sem você tem uma rede regionalizada, hierarquizada, a gente nem tem rede” (Entrevistada 14).

A razão [do fracasso], eu atribuo, porque nós trabalhamos exclusivamente a alta complexidade. A gente tentou se organizar na alta complexidade e não tivemos como parceiros a média e a atenção básica. Então, não trabalhamos juntos esse amadurecimento, de acolhimento, de classificação de risco, de responsabilização, desse tipo de paciente. (Entrevistada 6)

A gente trabalhou o modelo pra que as pessoas absorvessem isso dentro dos hospitais. Mas só que a gente tinha que ter parceiros importantes por conta da contra-referência e hierarquização da assistência. E a gente não tinha esse dialogo com a atenção básica e média complexidade. Pra eu classificar um pacientes pra entrar ou não num desses três grandes hospitais, eu vou ter que dizer assim, “ó, você não é paciente daqui dessa unidade. Você precisa ir para...” Então esse “precisa ir para” é que não foi pactuado. (Entrevistada 6)

Segundo alguns entrevistados, o fato das coordenações da Política Qualisus e do Samu se encontrarem em secretarias ministeriais distintas, representou um entrave à implantação de ambas, principalmente a da primeira, por ter sido lançada em momento posterior. As

coordenações da PNH e da PNAU subordinam-se à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do MS, enquanto que a política Qualisus foi criada e desenvolvida sob a tutela da sua Secretaria Executiva (BRASIL, 2003a, 2004f, 2006f). Posteriormente, a coordenação da Política Qualisus foi deslocada para SAS (Entrevistado 16).

5.3.3 Conclusões

Verifica-se que foi incipiente o grau de implantação da Política Qualisus nos três hospitais do Município do Recife, e a diferença entre o de melhor para o de pior implantação foi de apenas 8 pontos percentuais. Considerando os eixos em separado, percebe-se que o desempenho dos hospitais também foi semelhante, à exceção do Eixo I, no qual a diferença entre o hospital onde houve o maior grau de implantação (Hospital A) e o menor (Hospital C) foi de 38 pontos percentuais. Este resultado pode ser creditado à atuação destes em 3 das 5 linhas de ação deste eixo: *Estabelecimento de visitas abertas*, *Garantia de acompanhante* e *Formação de Grupos de Humanização*, as quais obtiveram implantação elevada nos Hospitais A e B e baixa no Hospital C. Um fator explicador do baixo desempenho do Hospital C, principalmente no que se refere às duas primeiras linhas, seria a restrição de espaço físico que este sofrera durante boa parte do período devido a reparos estruturais de seu prédio, intensificando assim a sensação de superlotação.

Porém, do mesmo modo que a do Hospital A, o Hospital C conseguiu introduzir e manter, até o momento do estudo, a linha de ação *Acolhimento com classificação de risco*, de introdução mais complexa que as já citadas. O mesmo não ocorreu no Hospital B, apesar da adaptação do espaço físico e da capacitação das equipes para a função. O motivo alegado para a descontinuação da rotina neste hospital foi o déficit de pessoal.

Podemos identificar a influência que fatores contextuais exerceram na implantação da Política Qualisus de um modo geral. Em relação aos atores internos, os três hospitais contaram com comissões de implantação atuantes, com lideranças representativas e influentes. Apenas o Hospital B sofreu modificação da liderança de sua comissão de qualificação, porém já em um momento tardio das atividades de implantação das ações. Já a participação da diretoria diferiu

consideravelmente entre os três hospitais: foi adequada no Hospital A, parcial no Hospital C e nula no Hospital B. A implantação da Política Qualisus nos Hospitais B e C, principalmente no primeiro, pode ter sido prejudicada pela falta de suporte da diretoria em questões relativas à tomada de decisões e ao gerenciamento de conflitos internos, como no caso da crise de recursos humanos que se sucedeu à implantação da linha de ação *Acolhimento com classificação de risco*. Nos três hospitais houve resistência por parte dos profissionais de saúde à Política Qualisus, mas os agentes de implantação não a consideraram como uma barreira à sua implantação. Pelo contrário, a adesão ao processo aumentou conforme o tempo.

Em relação ao ambiente interno, o maior empecilho à implantação da Política Qualisus nos três hospitais foi o déficit de recursos humanos nos SUE. Ou, mais especificamente, a baixa fixação de profissionais nos SUE, já que durante o período de implantação houve tentativas de preenchimento de vagas por meio de concursos e contratações temporárias. Se considerarmos que a política de recursos humanos nos três hospitais é de responsabilidade tanto de suas direções quanto da SES, no caso do Hospital B o desentendimento entre as duas partes pode ter sido determinante para o baixo grau de implantação da linha *Acolhimento com classificação de risco*. A vinculação de um adicional de salário ao regime de plantões, dificultando a adoção de regimes de trabalho alternativos, representou um entrave à implantação da linha de ação *Organização de planos de cuidado (Horizontalização da atenção)*.

A respeito dos atores externos, a atuação dos consultores do MS na assessoria das comissões de implantação representou um fator crucial para o progresso da implantação da Política Qualisus nos hospitais. A interrupção de suas visitas determinou o fim da implantação das ações. Já a atuação do MS no tocante ao financiamento das melhorias estruturais foi considerada um obstáculo ao processo, pois acarretou o atraso das obras prometidas e, por conseguinte, o desânimo, a desmobilização e o desapontamento dos profissionais de saúde dos hospitais. A decisão de expandir a política para as demais capitais foi considerada um erro estratégico, potencializado pela perda dos consultores devido a mudanças das regras de contratação em nível federal. A atuação da SES na articulação com o MS, hospitais e demais componentes do SAUE representou um fator favorecedor, porém, o mesmo não se pode dizer no tocante à sua política de recursos humanos.

Por fim, em relação ao ambiente externo, a baixa resolutividade da rede de assistência local, principalmente dos componentes do SAUE, foi considerada a principal razão do estado de superlotação enfrentado pelas SUE dos três hospitais. A implantação do Samu sem a devida regulação configurou-se como um fator agravante. Atores internos e externos concordaram que uma política de melhoria dos SUE hospitalares por si só não resolveria o problema da sua superlotação, devendo ser acompanhada pela intervenção nos outros componentes do sistema.

Em suma, dentre os fatores contextuais que influenciaram a implantação da Política Qualisus nos três hospitais, destacam-se entre os favoráveis:

- O desempenho das comissões de implantação.
- O apoio da direção.
- O desempenho dos consultores do MS.

E entre os desfavoráveis:

- A baixa fixação de profissionais de saúde nos SUE dos hospitais, que pode ser interpretada com ausência de política de recursos humanos específica para esta área.
- O desempenho do MS na questão do financiamento das melhorias estruturais.
- O desempenho do MS na condução da política.
- A baixa resolutividade dos demais componentes do SAUE.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Na escolha de variáveis para construção do sistema de pontuação que serviu de base da avaliação do grau de implantação, foi tomado o cuidado de se selecionar indicadores representativos, confiáveis e válidos. Mesmo assim, acabamos recorrendo às variáveis chamadas “convenientes” por Santos-Filho, assim denominadas por aparentarem menor grau de incerteza, “descartando-se dimensões mais complexas ou subjetivas, mesmo que essas sejam a própria essência da situação” (SANTOS-FILHO, 2007, p. 1007). Foi o caso da não inclusão das linhas de ação *Garantia de privacidade no atendimento*, o *Direito de informação e confidencialidade das informações sobre o estado de saúde* e a *Aplicação do Estatuto do Idoso e da Criança e Adolescente*.

Assumimos o caráter normativo da avaliação, definindo atributos relativos à estrutura e ao processo às ações que viriam a compor o sistema de pontuação. Santos-Filho (2007, p. 1001) tece uma crítica a este procedimento, baseado na dimensão avaliada, a da humanização:

Como uma estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho, a humanização almeja o alcance dos usuários e também a valorização dos trabalhadores; seus indicadores devem, portanto, refletir as transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade) e da produção de sujeitos (mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários). Nessas esferas estão implicados dispositivos inovadores, complexos, e a avaliação deve espelhar os processos desencadeados em sua implementação, mas cuidando-se para que reflitam o que se supõem como inovações na concepção desses dispositivos. É preciso escapar do risco de apreendê-los em uma perspectiva burocrática de implantação/estruturação e de sua aferição. A medida de seus significados e impacto deve respeitar o mesmo âmbito de complexidade de seus contextos de implantação e funcionamento.

Por questões relativas ao cronograma, afastamo-nos também da recomendação de Denis e Champagne (1997), de só partir para a análise do contexto após o exame dos graus de implantação da intervenção. Com isto, perdemos a oportunidade de investigar mais profundamente resultados controversos, relativos à implantação de linhas como *Acolhimento com classificação de risco*, *Estabelecimento de visitas abertas* e *Garantia de acompanhantes*, detendo-nos mais aos fatores que influenciaram a implantação da política como um todo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A Política Qualisus foi a primeira iniciativa ministerial de amplitude com vistas à melhoria da qualidade da atenção à saúde. Sua aplicação inicial nos grandes hospitais das regiões metropolitanas atendeu a uma das principais queixas apontadas pela população, a superlotação dos seus serviços de urgência e emergência. Este é um problema que aflige os sistemas de saúde de todo o mundo, decorrente sobretudo do aumento da complexidade das ocorrências de urgência, seja pelo aumento da violência, seja pelo envelhecimento populacional. O Brasil, além desses problemas, também convive com inadequação e insuficiência de seus serviços em termos estruturais e organizacionais.

Assim, em 2004 foi lançada a Política Qualisus, prevendo investimentos em estrutura (reformas e aquisição de equipamentos) e a introdução nos serviços de conceitos e tecnologias organizacionais inovadoras, fundamentadas em outras duas políticas contemporâneas, a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional de Humanização. A Política Qualisus previa ainda para sua implantação a participação das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Durante o ano de 2005, três hospitais do Recife vivenciaram por meio da política a experiência ímpar de participarem da introdução de novos conceitos, novas técnicas, novas abordagens para resolução do antigo problema da superlotação dos seus serviços de urgência. Esse processo incluiu a participação dos profissionais de saúde dos hospitais, técnicos do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e das outras entidades relacionadas, que trabalharam também na formação de um comitê responsável pela promoção do sistema regional de urgências e emergências.

Porém, no fim do mesmo ano, questões estratégicas levaram a mudanças no rumo da política em nível nacional, incluindo a interrupção das consultorias aos hospitais, após 16 meses de atividades. A partir desse momento a Política Qualisus passou a se limitar apenas ao financiamento de melhorias estruturais. O entendimento entre os diversos componentes do sistema de atenção às urgências foi dificultado pelo fato de estarem subordinados a coordenações diferentes dentro do Ministério da Saúde.

Esta pesquisa utilizou-se de uma avaliação normativa para verificação do grau de implantação atingido pela Política Qualisus nos três hospitais. Utilizou ainda métodos qualitativos para analisar o contexto organizacional no qual se inseriu o processo de implantação. A avaliação normativa foi realizada entre 16 e 19 meses após a interrupção do trabalho de introdução das inovações. Considerou-se incipiente o grau de implantação da Política Qualisus nos três hospitais, com resultados globais aproximados.

Na análise do contexto organizacional, foram identificados fatores que favoreceram e que dificultaram o processo de implantação da política. Os três fatores favorecedores identificados pertenciam ao âmbito hospitalar: a atuação das comissões de implantação, o apoio das diretorias e a assessoria dos consultores ministeriais. A observada resistência dos profissionais de saúde lotados nos serviços de urgência não se constituiu um entrave ao processo. Por outro lado, foram identificados como obstáculos: o atraso da liberação de verbas para melhoria estrutural por parte do Ministério de Saúde; a estratégia de condução da política pelo Ministério da Saúde; a baixa resolutividade da rede de assistência, principalmente dos demais componentes do sistema de urgência e emergência; e a baixa fixação de profissionais de saúde nos serviços hospitalares de urgência. Ou seja, exceto no tocante a este último tópico, que pode ser creditado também à responsabilidade das diretorias hospitalares, todos os fatores ameaçadores à implantação da política pertenciam ao âmbito extra-hospitalar.

A partir desses resultados, conclui-se que, diante de uma proposta de melhoria de qualidade de atendimento, os profissionais de saúde dos hospitais corresponderam à altura, desempenhando o papel que lhes foi oferecido. Conclui-se também que os gestores hospitalares careciam de habilidades e ferramentas necessárias para implantação de inovações. Além disso, a estrutura organizacional rígida e “verticalizada” da gestão dos hospitais ligados à administração pública estadual dificultou a introdução de melhorias. É recomendável a revisão da gestão pública da saúde, inclusive da formação dos gestores, de modo a torná-la mais ágil e responsiva a mudanças e inovações.

A política de recursos humanos para os profissionais de saúde também deve ser revista, uma vez que ficou evidente a baixa atração destes pelos serviços de urgência e emergência dos hospitais estudados. Como mais uma faceta da rigidez administrativa dos hospitais estaduais, estes têm pouca autonomia sobre seus próprios recursos humanos, tornando-se dependentes da Secretaria Estadual de Saúde. Como consequência, há uma tendência de acomodação do

gestor hospitalar diante da situação. Ainda, devem ser revistas as formas de regime de trabalho dos profissionais de saúde como um todo, principalmente nos serviços de urgência. A vinculação de valores adicionais agregados ao salário à distribuição da carga horária em escalas de plantão dificulta a criação de alternativas.

A iniciativa de melhoria dos serviços hospitalares de urgência acabou expondo as dificuldades enfrentadas pelos demais componentes do sistema de atenção às urgências: Samu, central de regulação médica, hospitais de menor porte, unidades básicas de saúde e hospitais de retaguarda. A reativação do Comitê Metropolitano de Urgência e Emergência seria importante para dar seguimento às discussões iniciadas durante o período de implantação da Política Qualisus no estado.

A atenção às urgências e emergências, assim como os outros níveis de atenção do SUS, ainda necessitam de planos, programas ou políticas de melhoria da qualidade. A experiência da implantação da Política Qualisus no município do Recife revelou que este é o sentimento dos profissionais de saúde, e que estes, quando solicitados, se engajam à causa. A experiência ajudou a distinguir também obstáculos a melhorias, entre eles a ausência de uma política direcionada de recursos humanos e a rigidez administrativa que refreia os hospitais públicos. Estes tópicos são de presença obrigatória na pauta na discussão de estratégias de melhoria de qualidade da atenção à saúde no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). Resolução da Diretoria Colegiada n. 93, 2006. Disponível em: <http://www.clicsaude.com.br/scripts/downloadesp.asp?arquivo=LPt_RDC_93_26-5-06.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2008.

ALMEIDA, A. C. Avaliação da implantação e do desenvolvimento do sistema público municipal de atendimento pré-hospitalar móvel da Cidade do Recife. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

ASPLIN, B. R. et al. A conceptual model of emergency department crowding. Annals of Emergency Medicine, Lansing, v. 42, n. 2, p. 173-180, 2003.

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. Access block and overcrowding in emergency departments. Melbourne, 2004. Disponível em: <http://www.acem.org.au/media/Access_Block1.pdf>. Acesso em: 18 Jan. 2008.

AZEVEDO, C. S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 349-361, 2002.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização em saúde: um novo modismo? Interface, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BERWICK, D. M. Developing and testing changes in delivery of care. Annals of Internal Medicine, Helsinki, v. 128, p. 651-656, 1998.

BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. Sintomas de estresse no sistema de serviços de saúde. In: BERWICK, D. M. et al. (Ed.). Melhorando a qualidade dos serviços médicos. São Paulo: Makron Books, 1994, p. 1-17.

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

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In:

BOSI, M. L. M. et al. (Ed.). Avaliação qualitativa de programas de saúde. Petrópolis: Vozes, 2006, p. 87-117.

_____. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.925, Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2925.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2008.

_____. Portaria GM/MS n. 824, Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0824.html>>. Acesso em: 16 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF, 2000.

_____. Portaria GM/MS n. 737, Brasília, DF, 2001a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-737.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2008.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2001b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

_____. Portaria GM/MS n. 2.048, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3232>. Acesso em: 18 jan. 2008.

_____. Portaria GM/MS n. 1.863, Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2003/GM/GM-1863.htm>>. Acesso em: 27 out. 2007.

_____. Portaria GM/MS n. 1.864, Brasília, DF, 2003b. Disponível em: <<http://www.crefito5.com.br/web/sus/Portaria%20n%BA%201.864%20de%2029-09-2003.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2008.

_____. Portaria GM/MS n. 2.072, Brasília, DF, 2003c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2003/GM/GM-2072.htm>>. Acesso em: 27 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2004a.

Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/0440%20miolo.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2004c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria GM/MS n. 2.607, Brasília, DF, 2004d. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2007.

_____. Portaria GM/MS n. 2.657, Brasília, DF, 2004e. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepur/legislacao/portaria2657.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Qualisus - Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília, DF, 2004f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Fundo Nacional de Saúde. Normas de cooperação técnica e financeira de programas e projetos mediante a celebração de convênios e instrumentos congêneres - 2005. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/documentos/normasdefinanciamento/NORMAS2005.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Acolhimento com classificação de risco na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre, RS. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/GHC_02-10.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Grupo de Trabalho de Humanização. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/06_0438_M.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. A humanização da atenção à saúde no Hospital Sofia Feldman - Belo Horizonte, MG. Brasília, DF, 2006d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sofia_02-10.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. A humanização no Hospital Municipal Odilon Behrens: um modo de fazer incluyente e participativo - Belo Horizonte, MG. Brasília, DF, 2006e. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/HOB_02-10.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2006f. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2006g. (A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/06_0113_M.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Visita aberta e direito a acompanhante. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2006h. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/impressos/folheto/04_1160_FL.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2008.

CAMARGO, M. O. Os gurus que determinaram o futuro da qualidade. In: MELLO, J. B. et al. (Ed.). Qualidade na saúde: práticas e conceitos. São Paulo: Best Seller, 1998, p. 51-58.

CAMELO, S. H. H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, 2000.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. Social Science Medicine, Oxford, v. 51, p. 1611-1625, 2000.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS. Position Statement on Emergency Department Overcrowding. , Ottawa, 2007. Disponível em: <<http://www.caep.ca/template.asp?id=37C951DE051A45979A9BDD0C5715C9FE>>. Acesso em: 18 jan. 2008.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS; NATIONAL EMERGENCY NURSES AFFILIATION. Position statement - emergency department

overcrowding, 2000. Ottawa, 2000. Disponível em: <<http://www.caep.ca/template.asp?id=1d7c8feb2a7c4a939e4c2fe16d654e39>>. Acesso em: 19 jan. 2008.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS ; NATIONAL EMERGENCY NURSES AFFILIATION. Position statement - emergency department overcrowding, 2000. Ottawa, 2000. Disponível em: <<http://www.caep.ca/template.asp?id=1d7c8feb2a7c4a939e4c2fe16d654e39>>. Acesso em: 19 jan. 2008.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. Understanding emergency department wait times. Who is using emergency departments and how long are they waiting? Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2005. Disponível em: <http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait_times_e.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2008.

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.

COÊLHO, B. P. O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças nos Modelos de Atenção e de Gestão do SUS (O caso do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho/João Pessoa/Paraíba). 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). Resolução 1.451. Brasília, DF, 1995. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 15 jan. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE (BRASIL). A saúde na opinião dos brasileiros - um estudo prospectivo. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2003. (Progestores 2003 - Programa de informação e apoio técnico às novas equipes gestoras estaduais do SUS de 2003). Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/opinioao_brasileiros1.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Ed.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997, p. 29-47.

COOKE, M. et al. Reducing attendances and waits in emergency departments. A systematic review of present innovations. A report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). Londres, 2004. Disponível em: <<http://www.sdo.lshtm.ac.uk/files/project/29-final-report.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2008.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Ed.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997, p. 49-88.

DERLET, R. W.; RICHARDS, J. R. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. Annals of Emergency Medicine, Lansing, v. 35, n. 1, p. 63-68, jan. 2000.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quaterly, Nova York, v. 44, n. 3, Supl., p. 166-206, jul. 1966.

_____. The quality of care. How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, set. 23-30. 1988.

_____. The seven pillars of quality. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Chicago, v. 114, n., p. 1115-1118, 1990.

_____. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB. Quality Review Bulletin, Chicago, v. 18, n. 11, p. 356-360, nov. 1992.

DYKSTRA, E. H. International Models for the Practice of Emergency Care. American Journal of Emergency Medicine, Philadelphia, v. 15, n. 2, p. 208-209, 1997.

FATOVICH, D. M. Recent developments: emergency medicine. British Medical Journal, Londres, v. 324, n. 7242, p. 958-962, 2002.

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. 345-353, 1999.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIROS, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

GOUVEIA, G. C. et al. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, Supl., p. S109-S118, 2005.

GUO, B.; HARSTALL, C. Strategies to reduce emergency department overcrowding. HTA Report. Alberta: Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2006. Disponível em: <http://www.ihe.ca/documents/hta/HTA_Report_38.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE (E.U.A.). Emergency medical services: at the crossroads. Washington, DC: National Academy Press, 2006a. (Future of emergency care). Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/11629.html>>. Acesso em: 17 jan. 2008.

_____. Hospital-based emergency care: at the breaking point. Washington, DC: National Academy Press, 2006b. (Future of emergency care). Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/11629.html>>. Acesso em: 17 jan. 2008.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. About ISO. Genebra., 2008. Disponível em: <<http://www.iso.org/iso/about.htm>>. Acesso em: 4 jan. 2008.

KELLERMANN, A. L. Crisis in the emergency department. New England Journal of Medicine, Boston, v. 355, n. 13, p. 1300-1303, 28 set. 2006.

KLÜCK, M.; PROMPT, C. A. O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar na gestão da qualidade assistencial. In: QUINTO NETO, A. et al. (Ed.). Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 69-80.

KVALE, S. Ethical issues in interview inquiries. In: KVALE, S. (Ed.). Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage, 1996a, p. 109-123.

_____. Improving interview reports. In: KVALE, S. (Ed.). Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage, 1996b, p. 253-276.

_____. The interview situation. In: KVALE, S. (Ed.). Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage, 1996c, p. 124-143.

_____. Methods of analysis. In: KVALE, S. (Ed.). Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage, 1996d, p. 187-219.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Avaliação e administração da qualidade. In: MALIK, A. M. et al. (Ed.). Qualidade na gestão local de serviços de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998, v.3, p. 19-28.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2007.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A. et al. (Ed.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 41-63.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEZOMO, J. C. Conceitos da "qualidade". In: MEZOMO, J. C. (Ed.). Gestão da qualidade na saúde. Barueri: Manole, 2001, p. 71-75.

NOGUEIRA, R. P. Introdução às questões da qualidade na perspectiva dos serviços de saúde. In: NOGUEIRA, R. P. (Ed.). Perspectivas na qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994, p. 1-18.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (BRASIL). Serviços acreditados. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em: 11 fev. 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Estratégia de Continuidade e Expansão das Atividades do Qualisus. Recife, 2005a.

_____. Metodologia de intervenção do Qualisus. Recife, 2005b.

_____. Análise dos resultados alcançados pelo Qualisus. Recife, 2006.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. et al. (Ed.). Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p. 473-488.

PERNAMBUCO. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo de Intenções. Recife, 2004.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Comitê Metropolitanamente de Urgência e Emergência. Recife, 2005a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Problemas e propostas da I Oficina do Comitê Pernambucano de Urgência e Emergência. Recife, 2005b.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Qualisus - Agenda. Recife, 2005c.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Qualisus - Programação de junho. Recife, 2005d.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Qualisus - Viagem a Ribeirão Preto, SP. Recife, 2005e.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Qualisus em Pernambuco - Relatório de 12/05/2005. Recife, 2005f.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Síntese dos equipamentos para o Qualisus - HR. Recife, 2005g.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Qualisus - Agenda - SES-PE - 2005. Recife, 2006.

QUALIDADE. In: FERREIRA, A. B. D. H. (Ed.). Novo Aurélio do Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, p. 1.675.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

ROWE, B. H. et al. Emergency department overcrowding in Canada: what are the issues and what can be done? Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2006. Disponível em: <http://www.cadth.ca/media/pdf/422_overcrowding_to_e.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2008.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SANTOS, J. S. Instrumento de conhecimento da organização das portas hospitalares de urgência para subsidiar a Política de Qualificação dos Hospitais de Urgência. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (Ed.). Estratégia de Continuidade e Expansão das Atividades do Qualisus. Recife, 2005a, p. 40-62.

_____. A organização dos comitês gestores no subsistema de atenção às urgências. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (Ed.). Estratégia de Continuidade e Expansão das Atividades do Qualisus. Recife, 2005b, p. 93-123.

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

SANTOS, P. R. G. Gestão estratégica pela qualidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Ed.). GESTHOS Gestão Hospitalar: capacitação à distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde: Módulo IV: Gestão para qualidade em saúde. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2002, p. 128-135. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

SCARAZATTI, G. Arquitetura e humanização: o conceito de ambiências. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (Ed.). Estratégia de Continuidade e Expansão das Atividades do Qualisus. Recife, 2005a, p. 76-83.

_____. Ferramentas de gestão para serviços de urgência e emergência. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (Ed.). Estratégia de Continuidade e Expansão das Atividades do Qualisus. Recife, 2005b, p. 84-92.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SCHOLZE, A. S. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. Espaço para a saúde (Online), Londrina, v. 8, n. 1, p. 7-12, 2006. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_2.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2008.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005.

SUÑOL, R. Avedis Donabedian. International Journal of Quality in Health Care, Oxford, v. 12, n. 6, p. 451-454, 2000.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TANNEBAUM, R. D. et al. Emergency medicine in Southern Brazil. Annals of Emergency Medicine, Lansing, v. 37, n. 2, p. 223-228, 2001.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. et al. (Ed.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003, p. 91-113.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Técnicas de pesquisa. In: VICTORA, C. G. et al. (Ed.). Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, p. 61-78.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A. et al. (Ed.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 15-39.

WALKER, R. D.; HOWARD, M. O.; LAMBERT, M. D. Medical Practice Guidelines. Western Journal of Medicine, São Francisco, v. 161, p. 39-44, 1994.

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

_____. Projetando estudos de caso. In: YIN, R. K. (Ed.). Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005b, p. 39-80.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA QUALISUS NOS HOSPITAIS

Hospital: _____

Entrevistado: _____

Profissão: _____ Função: _____

Data: ____/____/____

1. ACOLHIMENTO, AMBIÊNCIA ACOLHEDORA E DIREITOS DOS USUÁRIOS – 250 pontos	
1.1. Acolhimento com classificação de risco – 50 pontos	
1.1.1. Adequação da área física: nenhuma (0); inadequada – até 6 (3); adequada – 7 a 9 (6); integral (10).	
1.1.1.1. Sala de espera	
1.1.1.2. Área para registro	
1.1.1.3. Sala para Classificação de Risco	
1.1.1.4. Sala para entrevista com acompanhantes e familiares	
1.1.1.5. Sala de ouvidoria	
1.1.1.6. Sala de apoio aos familiares	
1.1.1.7. Área de embarque e desembarque de ambulância	
1.1.1.8. Área para lavagem de pranchas e macas	
1.1.1.9. Ambiente de apoio administrativo	
1.1.1.10. Área para acolhimento, reunião e descanso dos trabalhadores	
1.1.2. Recursos humanos: abaixo do recomendado (0); quantidade insatisfatória (10); quantidade satisfatória, com capacitação (20).	
1.1.2.1. Seguranças	
1.1.2.2. Recepcionista	
1.1.2.3. Assistente social	
1.1.3. Aplicação de rotina: não (0); parcialmente e insatisfatoriamente (5); parcialmente, satisfatoriamente (10); conforme o recomendado (20).	
1.2. Garantia ao usuário à alimentação adequada – 50 pontos	
1.2.1. Aplicação de rotina: não (0); sim (50)	
1.3. Garantia ao usuário a acompanhante nas consultas e na área de observação/retaguarda – 50 pontos	
1.3.1. Adequação da área física: conformidade com o recomendado: nenhuma (0); integral (10).	
1.3.2. Aplicação de rotina: não (0); parcial (20); integral (40)	
1.4. Estabelecimento de visitas abertas com horários agendados pelos cuidadores – 50 pontos	
1.4.1. Aplicação de rotina: não (0); horário parcial (25); horário integral	

(50)	
1.5. Formação de Grupo de Humanização – 50 pontos	
1.5.1. Recursos humanos (20): não há GH (0); abaixo do recomendado (10); conforme o recomendado e com capacitação (20)	
1.5.2. Aplicação de rotina (30): não (0); parcial (20); sim (30)	
2. RESOLUÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA – 250 pontos	
2.1. Garantia de quantidade e qualidade de profissionais adequados à demanda (40 pontos): <60% (0); 60-69% (5); 70-79 (10); 80-89 (20); 90-100 (40)	
2.1.1. Clínicos:	
2.1.2. Pediatras:	
2.1.3. Psiquiatras:	
2.1.4. Cirurgiões:	
2.1.5. Ortopedistas:	
2.1.6. Neurocirurgiões:	
2.1.7. Cirurgiões buco-maxilo-faciais:	
2.1.8. Anestesiastas:	
2.1.9. Enfermeiros:	
2.1.10. Psicólogos:	
2.1.11. Nutricionistas:	
2.1.12. Assistentes sociais:	
2.1.13. Técnicos de enfermagem:	
2.1.14. Agentes administrativos:	
2.1.15. Auxiliares de serviço:	
2.2. Normalização de condutas médicas (35 pontos): nenhuma (0); uma (15); duas (25); mais que duas (35)	
2.2.1. Aplicação de normalização clínica	
2.2.2. Aplicação de normalização cirúrgica	
2.2.3. Aplicação de normalização de trauma	
2.2.4. Outra	
2.3. Adequação de estrutura física nas salas de estabilização e retaguarda (35 pontos): inadequada (0); adaptada (20); adequada (35)	
2.4. Adequação de estrutura física, de equipamento e mobiliário das salas de estabilização e retaguarda (35 pontos): não (0); sim (35)	
2.4.1. Desfibrilador	
2.4.2. Eletrocardiógrafo	
2.4.3. Monitor cardíaco	
2.4.4. Ventilador	
2.4.5. Ambu	
2.4.6. Aspirador elétrico de secreções	
2.4.7. Material de intubação	
2.4.8. Caixa de traqueostomia	
2.4.9. Caixa de pequenas cirurgias	
2.4.10. Fonte fixa de O2	
2.4.11. Fonte fixa de ar comprimido	
2.4.12. Fonte fixa de vácuo	

2.4.13. Cilindro de O2	
2.4.14. Cilindro de ar comprimido	
2.4.15. Medicação de urgência na validade	
2.4.16. Recipiente para descarte de material perfuro-cortante	
2.5. Organização da retaguarda de especialidades médicas às equipes (35 pontos): insuficiente (0); parcial (20); suficiente (35)	
2.6. Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (35 pontos): insuficiente (0); parcial (20); suficiente (35)	
2.7. Implantação de central de equipamentos de suporte e monitoramento de pacientes críticos (35 pontos): não (0); parcial (20); integral (35)	

3. RESPONSABILIZAÇÃO E GARANTIA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO – 250 pontos	
3.1. Organização de plano de cuidado (Horizontalização da atenção) – 50 pontos	
3.1.1. Médicos (25): não (0); uma, parcial (5); duas ou mais, parcial (10); uma, integral (15); duas ou mais, integral (25)	
3.1.2. Enfermeiros (25): não (0); parcial (15); integral (25)	
3.2. Implantação de prontuário interdisciplinar por problema (40 pontos): não (0); sim (40)	
3.3. Gestão de vagas (40 pontos)	
3.3.1. Acesso a informações de censo hospitalar: não (0); irregular (10); regular (20)	
3.3.2. Destinação de leitos para urgência: não (0); sim (20)	
3.4. Integração à central de leitos e de urgência (40 pontos): não (0); diariamente, porém sem regulação (20); diariamente, com regulação (40)	
3.5. Garantia de continuidade da atenção (articulação com outras unidades do SUS pós-alta) (40): não (0); incipiente (10);parcial e insuficiente (20); parcial e suficiente (30); plena (40)	
3.6. Avaliação da alta – 40 pontos	
3.6.1. Aplicação de kit alta: não (0); dois itens (15); pelo menos três (25); integral (40)	
3.6.1.1. Relatório de alta	
3.6.1.2. Atestado	
3.6.1.3. Receita	
3.6.1.4. Retornos	
3.6.1.5. Agendamento de exames	

4. APRIMORAMENTO E DEMOCRATIZAÇÃO DA GESTÃO – 250 pontos	
4.1. Instituição de gerência e colegiado multiprofissional da unidade de urgência – 40 pontos	
4.1.1. Gerência - 20 pontos	
4.1.1.1. Planejamento interno das atividades: não (0); sim (10)	
4.1.1.2. Relação com a direção do hospital: Participação em reuniões regulares: não (0); sim (10).	

4.1.2. Colegiado – 20 pontos	
4.1.2.1. Relação com outros setores do hospital: Participação em reuniões de colegiados regulares: não (0); sim (10).	
4.1.2.2. Relação com o grupo técnico interinstitucional (comitê metropolitano de urgência e emergência): Participação em reuniões: não (0); sim (10)	
4.2. Estabelecimento de mecanismos permanentes de escuta dos usuários (Implantação de ouvidoria) (35 pontos): ausente (0); presente e ativo (35)	
4.3. Contratualização entre gestor e direção do hospital e desta com unidades de produção-trabalho (35 pontos): Não: (0); Entre gestor e direção do hospital: (20); Entre gestor, direção e unidades de produção-trabalho: não (0); sim (35)	
4.4. Implantação de sistema de informação com indicadores de qualidade, produção e custos (35 pontos): não (0); um (10); dois (25); os três (35)	
4.5. Prestação de contas do plano de qualificação no Conselho Gestor e Conselho Municipal/Distrital de Saúde (35 pontos): não (0); um dos dois (20); os dois (35)	
4.6. Implantação de plano de informatização do hospital (35 pontos): não (0); sim (35)	
4.7. Elaboração do plano diretor do hospital e plano de trabalho das várias unidades (35 pontos): não (0); sim (35)	

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Autor: Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão, filho.

Instituição de origem: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM)

Esta pesquisa fará parte de uma tese de Doutorado (CPqAM) que tem como objetivo realizar a análise de implantação do Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde em três hospitais gerais do município do Recife, Pernambuco, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007. Justifica-se este trabalho considerando-se a importância da avaliação de práticas de saúde, além de contribuir como um referencial teórico-prático para o processo de implantação do programa de qualificação.

Para a coleta dos dados, serão utilizadas entrevistas com os profissionais de saúde e com os gestores dos setores de urgência dos hospitais, aplicação de instrumentos de avaliação do programa e pesquisa em documentos. As entrevistas têm como finalidade analisar a influência do contexto organizacional do hospital na implantação do programa.

Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato. Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e eventos científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

Eu, _____ aceito
participar da pesquisa acima nas entrevistas.

Data:

Assinaturas: Participante: _____

1ª Testemunha: _____

2ª Testemunha: _____

Pesquisador responsável:

Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão, filho

Endereço: Rua Dr. José Maria, 485-602, Encruzilhada, Recife-PE, 52.041-000

Telefones: (81) 3426-0017; (81) 9967-5096

APÊNDICE C – MATRIZ DE REGISTRO DA ANÁLISE POR CONDENSAÇÃO DE SIGNIFICADOS

<u>Condensação de significados - Entrevista 3</u>	
<p>Pergunta 1: As características dos <u>gestores</u>, do <u>ambiente</u> e da <u>organização</u> favoreciam a <u>implantação da intervenção</u>?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Houve consenso entre os agentes internos (dirigentes e comissão de implantação) sobre a adequação e oportunidade dos componentes da política em relação ao hospital e dentro da rede de assistência à saúde? - Os agentes de implantação possuíam habilidades necessárias à implantação da política? - Os ambientes interno e externo eram propícios à implantação do programa? 	
<p><u>Unidades naturais</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Os componentes da comissão de implantação foram escolhidos por serem funcionários antigos do hospital e ocuparem cargos diretamente ligados à Emergência, ou seja, que vivenciam diretamente e diariamente o problema. São pessoas que acreditam no programa, que são sensíveis a ele. Têm boa noção geral do problema também em nível de sistema de saúde. Tivemos muita sorte com estas pessoas. 2. O hospital é referência em uma série de especialidades não cirúrgicas, que acabam atraindo pacientes de características distintas à preconizada na sua missão. Além disso, a disponibilidade permanente de cirurgiões das várias especialidades em seu Setor de Emergência na forma de plantão, associado à falta destes profissionais em outras unidades, também contribuem para uma maior procura espontânea e referenciada de pacientes. 3. O Setor de Emergência da forma que está torna-se desgastante para o profissional de saúde, o que leva à alta rotatividade, o nosso grande problema. Há de se criar uma maneira de se fixar o profissional no Setor de Emergência. 	<p><u>Temas centrais</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Os componentes da comissão de implantação conhecem bem o problema e são engajados no processo de implantação. 2. A grande oferta de profissionais e serviços de saúde de referência acaba gerando demanda inadequada de pacientes fora do perfil definido pela missão do hospital. 3. A alta rotatividade de profissionais é um empecilho à implantação do programa.
<p><u>Descrições essenciais para responder a pergunta de pesquisa 1</u></p> <p>O entrevistado considera que os componentes da comissão de implantação trazem vantagem para o hospital, pelo conhecimento do problema, competência e dedicação ao PQSUE. Entretanto, entre as deficiências, destaca que a oferta pelo hospital de serviços e profissionais de saúde de referência acaba gerando demanda excessiva e inadequada. Aponta ainda como fator negativo a alta rotatividade de profissionais do setor de emergência.</p>	

ANEXO



Av. Agamenon Magalhães, s/n
8º andar, Derby, Recife-PE
CEP 52020-000 - Telefax: (81) 3421-569
www.cienciahr.com.br

P A R E C E R

Após avaliação no projeto de pesquisa intitulado: **ANALISE DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE URGÊNCIA EM TRÊS HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DO RECIFE**, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração em reunião datada de 14/08/06 emite parecer **favorável** para início da pesquisa. **CAAE nº 0053.0.102.097-06**.

PESQUISADOR: DR. FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE GUSMÃO, filho

ORIENTADOR: DR. JOSÉ LUIS DO AMARAL CORREIA DE ARAÚJO JÚNIOR

Recife, 16 de agosto de 2006.

Prof. Dr. Josimário Silva
Coordenador do CEP-HR