

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz



IRANI RIBEIRO DE MOURA

***AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL DAS
UNIDADES NÃO HOSPITALARES DE PRONTO
ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA,
ADOTANDO COMO REFERÊNCIA
A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS***

Orientador: Prof. Dr. José Sebastião dos Santos

*Trabalho apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública "Sérgio Arouca" para obtenção do **Título de Mestre** em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Programa de Mestrado Profissionalizante da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.*

Julho, 2004

Ficha Catalográfica

Ribeiro de Moura, Irani

Avaliação da organização Assistencial das Unidades não Hospitalares de Pronto Atendimento do Município de Goiânia Adotando como Referência a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Rio de Janeiro, 2004

101 p. il; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública "Sérgio Arouca".

Área de Concentração: Gestão de Sistema e Serviços de Saúde

Orientador: Santos, José Sebastião

1. Pronto Atendimento; 2. Urgência; 3. Emergência; 4. Sistema Único de Saúde; 5. SAMU; 6. Regulação Médica

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela valiosa oportunidade de estar inserida na área da Saúde Pública, a qual diariamente me apresenta a preciosidade da vida.

Aos meus Pais, **Benedito Ribeiro** (in memorian) e **Maria de Souza Ribeiro**, pelo incentivo e pelo dom da vida.

Ao meu esposo querido, **Ruy Barbosa de Moura Jr.**, pelo amor, pela compreensão e estímulo sempre recebidos.

Aos meus filhos: **Ana Maria Ribeiro de Moura, Roberto Ribeiro de Moura e Murillo Ribeiro de Moura**, a quem tanto amo e que acompanharam, minha militância na área de saúde, desde o início da vida, resultando para eles ausências/presenças alegres e tristes, mas que se fosse só presenças, não seria completa.

Ao **Prof. Dr. José Sebastião dos Santos**, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, mais que orientador, um amigo, em momentos de alegria e tristeza, que com todo afeto em muito tem me ajudado na construção de um projeto de trabalho sério, ético e comprometido com a qualidade do ensino, da assistência e da pesquisa.

Ao **Prof. Marcelo Rasga Moreira, à Profa. Elizabeth Artmann e a Dra. Arine Campos de O. Assis** que, com dedicação e amizade, em muito contribuíram na realização deste trabalho.

Aos **Mestres da ENSP**, que transmitiram incentivos e conhecimentos para realização deste projeto, e o trabalho que agora desenvolvo no Ministério da Saúde.

A **todos os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e aos usuários dos serviços de saúde** que acreditam num sistema de saúde que garanta qualidade e eficiência para defesa da vida.

*Dedico este trabalho aos meus filhos: Ana Maria,
Roberto e Murillo, razão do meu viver.*

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que um dado momento a sua fala seja a sua prática”.

Paulo Freire

“Diante do infinito a conhecer, a diferença não sustenta as desigualdades, antes aponta as possibilidades”.

Paulo Freire

“...nos daremos por satisfeitos se, dos possíveis leitores deste ensaio, surgirem críticas de retificar erros e equívocos, de aprofundar afirmações e de apontar o que não vimos”.

Paulo Freire

SUMÁRIO

	pág.
RESUMO	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETO	10
3. OBJETIVO GERAL	10
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
5. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	12
6. METODOLOGIA	28
6.1 UNIVERSO DA PESQUISA	35
7. RESULTADOS	41
7.1 DIMENSIONAMENTO, ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL E CLASSIFICAÇÃO	42
7.2 RECURSOS HUMANOS.....	43
7.3 ÁREA FÍSICA E PROCESSOS DE TRABALHO (anexo V)..	43
7.3.1 Bloco de Pronto Atendimento.....	43
7.3.2 Bloco de Urgência/Observação.....	44
7.3.3 Bloco de Procedimentos.....	44
7.3.4 Bloco de Apoio Logístico.....	45
7.3.5 Bloco de Apoio Administrativo.....	45
7.4 MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS.....	45
7.4.1 Medicamentos.....	50
7.5 ESTRUTURAÇÃO DA GRADE DE REFERÊNCIA.....	51
7.6 TRANSPORTE / VEÍCULO.....	51
7.7 CUIDADO COM O PACIENTE.....	51
7.8 ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DEPOIMENTOS DOS GRUPOS FOCAIS.....	52
7.8.1 Análise de Conteúdo dos Depoimentos do Grupo Focal com os Gerentes.....	52

7.8.2 Análise de Conteúdo dos Depoimentos do Grupo Focal com o Conselho Municipal de Saúde.....	54
8. DISCUSSÃO	57
9. CONCLUSÕES	72
9.1 RECOMENDAÇÕES.....	74
10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
11.ANEXOS	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Taxa de mortalidade específica por Distritos Sanitários de Goiânia, no ano de 2000	39
Tabela 2. Óbitos por Distritos Sanitários em Goiânia, no ano de 2000	39
Tabela 3. Evolução da taxa de mortalidade infantil em Goiânia	39
Tabela 4. Evolução da taxa de mortalidade materna em Goiânia	40
Tabela 5. Evolução dos números de consultas especializadas em Goiânia	40
Tabela 6. Características e produção assistencial das UNHAU/E	42
Tabela 7. Relação de materiais previstos para as UNHAU/E de acordo com a Portaria GM/MS n. 2048/02	46
Tabela 8. Relação dos equipamentos previstos para as UNHAU/E de acordo com a Portaria GM/MS n. 2048/02	47
Tabela 9. Avaliação comparativa da quantidade de itens de materiais e equipamentos disponíveis nas UNHAU/E e o previsto na Portaria GM/MS n. 2048/02	48
Tabela 10. Avaliação comparativa da quantidade de itens de medicamentos disponíveis nas UNHAU/E e o previsto na Portaria GM/MS n. 2048/02	49
Tabela 11. Relação de equipamentos essenciais por UNHAU/E	50

LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Quantidade de itens de materiais e de medicamentos por UNHAU/E avaliada,	49
Gráfico 2. Quantidade de itens de medicamentos por UNHAU/E avaliada	50

LISTA DE SIGLAS

AIH	– Autorização de Internação Hospitalar
AIS	– Ações Integradas de Saúde
ACEP	– American College of Emergency Physicians
CA	– Cais Amendoeira
CAIS	– Centro de Assistência Integral a Saúde
CC	– Cais Curitiba
CF	– Cais Finsocial
CG	– Cais Goiás
CIAMS	– Centro Integrado de Assistência Médico Sanitária
CMS	– Conselho Municipal de Saúde
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
GM	– Gabinete do Ministro
HUGO	– Hospital de Urgência de Goiânia
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	– Ministério da Saúde
NOAS	– Norma Operacional de Assistência à Saúde
PA	– Pronto Atendimento
PAB	– Piso de Atenção Básica
PABA	– Piso de Atenção Básica Ampliada
PNAU	– Política Nacional de Atenção às Urgências
SAMU	– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	– Secretaria Estadual de Saúde
SIA	– Sistema de Informação Ambulatorial
SIATE	– Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
SIM	– Sistema de Informação de Mortalidade
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UNHAU/E	– Unidades Não Hospitalares de Atenção às Urgências e Emergências

RESUMO

Com base na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), as Unidades Não Hospitalares de Atenção às Urgências/Emergências (UNHAU/E) têm a atribuição de prestar assistência aos casos de baixa e média complexidade e servir de interface entre os serviços pré-hospitalares fixo e móvel e as unidades hospitalares de atendimento às urgências. Com o objetivo de avaliar a organização assistencial das UNHAU/E do Município de Goiânia, fez-se uma análise quantitativa, *in locu*, da dimensão de suas estruturas assistenciais, incluindo recursos humanos, área física, equipamentos, materiais e medicamentos. Também foram obtidos, por meio de dois grupos focais, os depoimentos dos gerentes e conselheiros do Conselho Municipal de Saúde (CMS) relativos às suas percepções sobre a atribuição daquelas UNHAU/E junto à rede assistencial. Os depoimentos foram objeto de análise de conteúdo e juntamente com a verificação da estrutura assistencial foram cotejados com a organização prevista para as UNHAU/E, na PNAU. Para os depoentes, sobretudo os do CMS, as UNHAU/E operam com estruturas tangíveis deficitárias, oferecem serviços predominantemente paliativos e, desta forma, o local mais apropriado para atender as urgências é o Hospital de Urgência de Goiânia. A articulação dos grupos sociais envolvidos com as UNHAU/E para planejar as suas ações e garantir suas atribuições não é sistematizada. A área física em duas Unidades não comporta sala exclusiva para reanimação e estabilização clínica, sutura, curativos contaminados, inaloterapia/medicação. Nenhuma das UNHAU/E apresenta sala de observação individualizada por sexo e faixa etária com posto de enfermagem, sanitários e chuveiros. Dentre as categorias profissionais previstas para as UNHAU/E, somente estão garantidas nas 24 horas, o médico e auxiliar/técnico de enfermagem. As UNHAU/E não adotam a triagem classificatória de risco e de outras práticas de humanização da assistência, e tampouco possuem programas de educação permanente específica para urgência. Do total de itens referentes a equipamentos, materiais e medicamentos previstos para as UNHAU/E, foram contabilizados, em média, respectivamente, 48,95%, 56,39% e 55,48% daqueles indicados pela PNAU. Dentre os dez equipamentos definidos como essenciais para dar suporte à estabilização clínica e à manutenção da vida, duas Unidades contavam com, respectivamente, 30 e 40% dos itens, enquanto nas outras duas remanescentes, nenhum item foi relacionado. Dentre os atendimentos realizados nas UNHAU/E, o percentual de encaminhamento para internação hospitalar varia de 2,5 a 10% e supera os 3% previsto na referência em três Unidades. Conclui-se que, as UNHAU/E têm, perante os grupos sociais ouvidos, um papel reduzido junto à rede assistencial, o que guarda relação com as limitações das dimensões arquitetônicas e tecnológicas e das práticas assistenciais e gerenciais dessas Unidades. Desta forma, a organização de uma rede assistencial, com a atribuição esperada das UNHAU/E, conforme está previsto na PNAU, depende de um plano de investimentos que contemplem: adequação arquitetônica, tecnológica e uma política de recursos humanos, que garanta educação permanente dos seus profissionais para a incorporação de novas práticas assistenciais e gerenciais.

ABSTRACT

Based on the National Policy of Urgency Care (PNAU), the Non-Hospital Units of Urgency/Emergency Care (UNHAU/E) are responsible for providing care to cases of low and medium complexity and for acting as an interface between fixed and mobile pre-hospital services and the hospital units for urgency care. In order to assess some determinants of the organization of UNHAU/E in the municipality of Goiânia, a quantitative analysis of the dimension of their assistance structures was carried out in loco, including human resources, physical space, equipment, material, and medications. Also, the testimony of managers and members of the Municipal Health Council regarding their perceptions about the organization of these UNHAU/E was obtained by means of two focal groups. The testimony was submitted to content analysis based on the understanding of the role of UNHAU/E regarding the PNAU. According to the persons heard, the UNHAU/E offer predominantly palliative services, operate with deficient tangible structures and present a low power of interaction between their agents. The physical premises of two Units do not contain rooms exclusively devoted to reanimation and clinical stabilization, suture, contaminated dressings, inhalation treatment/medication. None of the UNHAU/E has separate observation rooms according to sex and age range, with a nursing station, bathrooms and showers. Among the scheduled professional categories, only a physician and a nursing aid/technician are guaranteed on a 24 hour basis. None of the units adopts screening for risk classification or institutes other humanizing practices, nor do they have programs of permanent education specifically devoted to urgency cases. Only 48,95%, 56,39% and 55,48% of the total items referring to equipment, material and medications scheduled for the UNHAU/E were recorded, respectively. Regarding the ten types of equipment defined as essential for the support of clinical stabilization and for life maintenance, two Units respectively counted with 30 and 40% of the items, and the other two had no equipment at all. Regarding the care offered at the UNHAU/E, the percentage of referral for hospitalization ranged from 2.5 to 10% and exceeded the recommended 3% at three units. We conclude that, according to the social groups heard, the UNHAU/E play a reduced role in the assistance network which is related to the limited size of the physical premises and of the technological facilities, as also are their dimensioning and assistance organization. Thus, the organization of an assistance network with the attributions expected for UNHAU/E according to PNAU recommendations depends on an investment plan involving adequate physical premises, updated technology and a policy of human resources that will guarantee continuing education of the professional staff for the incorporation of new assistance and management practices.

1. INTRODUÇÃO

Com base na Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado assegurados mediante formulação de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos. O acesso às ações e aos serviços para a promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde deve ser universal e igualitário, e garantido por meio de esforço conjunto da União, dos Estados e dos Municípios. As ações e os serviços de saúde são considerados de relevância pública e cabe ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre suas regulamentações, fiscalização e controle (Brasil, 1988).

As Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), editadas dois anos após a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o SUS passa a regular, em todo território nacional, as ações e os serviços de saúde realizados pelo poder público e também pela iniciativa privada, mediante normas de cooperação entre as três esferas de governo (Brasil, 1990; Brasil, 1990a).

Em seu artigo 198, a Constituição Brasileira de 1988 dispõe sobre as ações e serviços públicos de saúde, enquanto integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada. O SUS deve ser organizado segundo três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade, por meio do controle social sobre as atividades e serviços de saúde (Brasil, 1988).

As diretrizes do SUS garantem a existência de um gestor único em cada esfera de governo, e os serviços de saúde devem estar dispostos de maneira regionalizada, visto que, nem todos os municípios têm condições para atender às demandas e os diferentes problemas de saúde. Assim, deve haver uma rede assistencial com diferentes níveis de atenção (Brasil, 2002).

No nível mais básico, estão os serviços de saúde dotados de tecnologias para os procedimentos mais freqüentes e para resolver a maioria dos problemas de saúde da população; no nível mais especializado, hospitais ou ambulatórios capazes de realizar os procedimentos menos freqüentes. É como se os serviços de saúde se organizassem como uma pirâmide: na base, as unidades básicas e equipes de saúde da família, em maior número, dotadas de recursos cognitivos para atender os problemas de saúde mais freqüentes de uma região. Nos demais

níveis, os serviços ambulatoriais e hospitalares em menor número e com maior concentração de tecnologia de produto (Camargo Jr & Matos, 2002; Santos, 2002). Essa configuração piramidal para a estruturação da rede de serviços daria conta da maioria dos problemas de saúde de uma região, mas demandaria a existência de um fluxo de informações entre as unidades dos diversos níveis e entre gestores regionais, caracterizando do ponto de vista funcional uma rede horizontal integrada (Mendes, 2002).

O direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema: governos, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde, os usuários dos serviços e as comunidades, na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços de saúde, com acesso à informação sobre as ações assistenciais, o potencial dos serviços, bem como a sua utilização, possibilita o estabelecimento mais racional de prioridades e alocação de recursos para a saúde. Os principais instrumentos para exercer o controle social são os conselhos e as conferências de saúde, que devem respeitar os critérios de composição paritária e ter caráter deliberativo (Camargo Jr & Matos, 2002).

A partir deste arcabouço jurídico e normativo, o SUS deve se organizar para oferecer ações e serviços de acordo com a necessidade da população e com os problemas de saúde mais frequentes em cada região ou município, utilizar as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, bem como desenvolver mecanismos para ordenar o acesso da população aos serviços mediante compatibilização das necessidades e das ofertas (Santos, 2002a).

Todavia, tais preceitos legais não têm conseguido prover soluções para algumas dificuldades cotidianas apresentadas, sobretudo pelos serviços de urgência. A assistência às urgências tem sido marginalizada na atenção primária, na atenção hospitalar e pelos aparelhos formadores (Santos, 2003).

O SUS começou a ser implantado há 13 anos e a grande ênfase dada inicialmente à municipalização fragilizou as Secretarias Estaduais de Saúde e não favoreceu as experiências de agrupamentos de municípios para fins de planejamento, gerenciamento e financiamento da atenção à saúde (Mendes, 2002). Considerando as deficiências existentes na atenção às urgências e às normatizações recentes do Ministério da Saúde, tem-se a compreensão de que a

mediação junto às Secretarias Estaduais de Saúde e o conjunto de municípios que compõem as regiões geopolíticas e sanitárias poderá, por meio do planejamento ascendente, favorecer a construção de “figuras regionais” como política pública e assim estabelecer as ações necessárias para os ajustes na assistência às urgências (Lima & Postrana, 2000 e De Negri, 2001).

A expansão dos serviços municipais de saúde, a implantação exitosa do Programa Saúde da Família e a ampliação dos quadros técnicos, vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, aumentaram a oferta de cuidados básicos, embora existam grandes lacunas da cobertura a serem preenchidas. A conformação de sistemas municipais, microrregionais e regionais de saúde que garantam a integralidade dos cuidados ainda está por ser construída. As distorções e carências ainda persistem nos níveis mais complexos da assistência (Brasil, 2002a).

Os dados nacionais e regionais de cobertura e acesso das pessoas aos serviços de saúde não permitem evidenciar o cumprimento dos preceitos constitucionais da universalidade e equidade. Quando se tenta avaliar a qualidade e a resolutividade dos serviços, essa distância aumenta (Brasil, 2002 a).

Alguns dos desafios referem-se à necessidade de reinterpretação das atribuições dos serviços com melhorias dos seus desempenhos. A atenção básica à saúde deve ser delineada como estratégia de organização do sistema de serviços e para tanto a sua operacionalização precisa ser norteadas por princípios orientadores: a) é o primeiro contato, o que implica em garantir a acessibilidade; b) garante a longitudinalidade, o que requer o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde; c) possibilita a integralidade, o que demanda a prestação de serviços que atendam às necessidades mais frequentes da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças; d) exerce a coordenação, o que representa a capacidade de garantir a continuidade da atenção; e) atua com foco na família estabelecendo interação estreita com esta unidade social configurando-a, como sujeito da atenção e, por fim, f) orienta a comunidade, o que pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural

em que vivem, e exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias na perspectiva da saúde coletiva (Starfield, 1992).

O aumento da resolutividade dos serviços de atenção básica e o fortalecimento do seu papel como porta de entrada do SUS, sem perder sua atuação relativa às ações de promoção à saúde, ao diagnóstico e tratamento precoces de afecções crônicas, ao atendimento de urgência de baixa complexidade e à garantia de acesso aos serviços especializados, impõem cobertura aos contingentes de população que, freqüentemente, ultrapassam as esferas municipal e microrregional e, gradualmente, supera as desigualdades de acesso existentes (Brasil, 2002).

O planejamento dos serviços de saúde de abrangência regional e microrregional deve ser orientado a partir de informações epidemiológicas, das demandas trazidas pelas entidades representantes dos usuários nos conselhos de saúde e não somente pelos prestadores de serviços e pelos profissionais de saúde. Portanto, o planejamento de ofertas de serviços deve contemplar ações intersetoriais de promoção à saúde, de proteção específica a segmentos populacionais expostos a riscos determinados e de recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade. A configuração dos serviços de âmbito regional e microrregional pode constituir-se na base dos planos estaduais e municipais de atenção às urgências (Brasil, 2003, Brasil, 2003a, Brasil, 200b).

Essa adequação, com exceção de algumas experiências isoladas, está longe de ser a regra. A redefinição das necessidades/prioridades ainda é dada pelos prestadores de serviços pelo ângulo da atenção médica da demanda. Há baixa incorporação do controle da qualidade dos serviços e avaliação dos resultados, sem compromisso com a implementação de ações intersetoriais de promoção e proteção da saúde (Brasil, 2002a).

O Ministério da Saúde, por meio de normas operacionais e portarias ministeriais tem norteado a implantação e implementação de medidas de proteção e cuidados à saúde nos seus vários segmentos e, particularmente, na atenção à urgência/emergência, a regulamentação iniciou-se em 1999, com a edição de portaria ministerial específica (Brasil, 1999).

As práticas assistenciais e gerenciais na atenção às urgências continuam focadas nos hospitais que garantem o atendimento a usuários

portadores de doenças agudas em todos os níveis de complexidade. Esta sistemática assistencial determina excesso de demanda nos grandes centros urbanos, que abrigam os pólos regionais de saúde. A desorganização do fluxo dos casos de urgências gera sobrecarga dos hospitais públicos e ocupação de leitos de alta complexidade por usuários com afecções de baixa demanda tecnológica, cuja resolução poderia ser garantida pelas unidades pré-hospitalares fixas de atenção básica e secundária (Santos, 2002).

As Unidades de Pronto Atendimento 24 horas às Urgências/Emergências, agora denominadas de Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências/Emergências (UNHAU/E), segundo considerações contidas na Portaria GM nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, funcionam ainda como grandes portas de entrada para o SUS, acolhendo pacientes crônicos agudizados e desgarrados da atenção básica, pacientes com urgências presumidas e com urgência propriamente dita. Desta forma, esse processo corrobora para manutenção da baixa resolutividade e da falta de coordenação do acesso para os serviços do sistema, no nível da atenção básica. (Brasil, 2002b).

Além de uma grande demanda assistencial, o cotidiano das UNHAU/E é marcado, também, segundo considerações contidas na Portaria GM nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, pelos relatos de falta de insumos básicos, de medicamentos, de equipamentos, de recursos humanos capacitados, de rede física adequada e sobretudo de integração do serviço com as redes assistenciais de menor e maior complexidade (Brasil, 2002b).

Esta realidade organizacional das UNHAU/E aponta para a necessidade de readequação e integração desses serviços a uma rede assistencial hierarquizada e resolutiva, com as devidas incorporações conceituais, gerenciais, tecnológicas e de recursos humanos capacitados para assistência específica, neste nível de complexidade. Desta forma, justifica-se a verificação e a análise da realidade da organização assistencial destas Unidades, sob a ótica das premissas e das necessidades constantes do SUS e do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Brasil, 2002b).

Assim, tomando como base a organização e a atribuição esperada pelas UNHAU/E, segundo a Portaria GM nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, buscase, conhecer a organização assistencial das Unidades do município de Goiânia,

cotejá-la com os parâmetros nacionais e em caso de não conformidade, oferecer subsídios aos gestores para elaborar planos de investimentos, neste componente da rede assistencial, bem como nortear as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde na elaboração dos respectivos planos de atenção às urgências (Brasil, 2002b). Ainda considera-se de suma importância que os gestores conheçam, por meio de uma amostra, a organização assistencial das UNHAU/E bem como a percepção que os trabalhadores, gerentes e usuários têm das suas atribuições, para que possam reavaliar a política de investimento na rede assistencial.

2. OBJETO

3. OBJETIVO GERAL

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2 . OBJETO

Atenção às urgências/emergências nas Unidades não Hospitalares de Atenção às Urgências/Emergências.

3. OBJETIVO GERAL

Avaliar a organização assistencial das Unidades não Hospitalares de Atenção às Urgências/Emergências do Município de Goiânia, com base no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência – Portaria GM nº 2.048 de 05 de novembro de 2002, que compõe a Política Nacional de Atenção às Urgências.

4 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Relacionar os recursos arquitetônicos, tecnológicos e humanos das UNHAU/E.
- ✓ Identificar os processos de pacto das responsabilidades entre as UNHAU/E e a rede assistencial.
- ✓ Registrar a percepção dos gerentes e dos representantes do Conselho de Saúde sobre a organização e a atribuição das UNHAU/E junto ao SUS.

5. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

A partir da década de 70, do século passado, a atenção à saúde no Brasil tem sido amplamente debatida e função das transformações importantes que ocorreram no contexto político-institucional do País. Concomitantemente ao processo de redemocratização iniciado nos anos 80, o País passou por graves crises na área econômico-financeira, em que foram necessários reajustes em todas as esferas de atuação, incluindo a saúde. Neste período, mais especificamente no início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na década anterior, em conformidade com as proposições formuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na Conferência de Alma-Ata, que preconizava a “Saúde para Todos no Ano 2000”, tendo como enfoque central a atenção básica (OMS, 1978).

Movido por uma parcela de profissionais da área da saúde e por alguns intelectuais universitários, iniciou-se o movimento da reforma sanitária brasileira que, dentre outras diretrizes, preconizava a construção de uma nova política de saúde, efetivamente democrática e descentralizada, que provesse cobertura a todos os usuários, indistintamente. Com a implantação da política de Ações Integradas de Saúde (AIS), houve importante contribuição para o processo de descentralização da saúde. Em março de 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional da Saúde, considerada um marco histórico por ter consagrado os princípios de universalização e descentralização preconizados pelo movimento da reforma sanitária. Em 1987 é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como estratégia de consolidação das AIS, introduzindo-se assim o acesso universal com equidade aos serviços de saúde. Inicia-se, neste mesmo ano, a implantação dos distritos sanitários e a descentralização das ações de saúde (Costa & Maeda, 2001 e Camargo Jr & Matos, 2002).

Finalmente, em 1988, como marco da redemocratização, foi aprovada a nova Constituição Federal, um texto arrojado que excedeu até mesmo as expectativas mais otimistas (Brasil, 1988). Entre suas determinações, estabeleceu a redação de uma Lei que implementasse o Sistema Único de Saúde, o que foi efetivado com a edição da Lei 8080/90, de 19 de setembro de 1990, popularizada como “Lei Orgânica da Saúde”, posteriormente complementada pela Lei 8142/90, de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990; Brasil, 1990a). Estas leis norteiam o

sistema de saúde hoje vigente e ainda em processo de implementação. A legislação atual possibilita ações específicas capazes de garantir a atenção universal à saúde, com atribuições para os vários níveis de governo, oferecendo prerrogativas para que a saúde individual e coletiva seja tratada, preferencialmente, no âmbito municipal. Desta forma, progressiva e continuamente, por meio de normas operacionais e portarias ministeriais, têm sido asseguradas a implantação e a implementação de medidas de proteção e cuidado à saúde nos seus vários segmentos. A atenção à urgência/emergência, que até então ficara fora do processo de discussão e de normatização, passa a ser inicialmente regulamentada a partir de 1999, com a edição de Portaria Ministerial específica (Brasil, 1999).

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, enuncia, em termos gerais, uma nova visão sobre a saúde, o que representa uma conquista política e social. Antes, pela Constituição Federal, a saúde era tratada como sendo um direito do trabalhador, reduzindo-a ao conceito de “assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva”. Era, portanto, uma contraprestação de serviço do Estado aos trabalhadores que contribuíam para o Sistema de Previdência Social. Já a Constituição de 1988 refere-se à saúde como um direito social, conforme rege seu artigo 6º, posteriormente modificado pela Emenda Constitucional nº 26, de 14/02/2000 (Brasil, 2000). Estabelece também, em seu Artigo 23, as competências gerais de cada esfera de governo e a forma de cooperação entre elas, enunciando a necessidade de uma ampla e imediata descentralização das ações de saúde, que, até então, eram executadas exclusivamente pelos gestores estaduais e federais. Em seu artigo 198, a Constituição Brasileira de 1998 dispõe sobre as ações e serviços públicos de saúde enquanto integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se em um Sistema Único, organizado segundo três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade, por meio do controle social sobre as atividades e serviços de saúde (Brasil, 1988).

A partir destas diretrizes, o SUS ainda adota os seguintes princípios: a universalidade do acesso, que garante a atenção a todos cidadãos; a integralidade da assistência com ações de saúde voltadas para o indivíduo e para a comunidade nos eixos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; a autonomia que advém do respeito e da integridade de todo ser humano; a igualdade da

assistência, que assegura a não distinção entre as pessoas nos serviços públicos; a descentralização político-administrativa que adota a direção única em cada esfera de governo e garante a descentralização dos serviços para os municípios, e a regionalização com hierarquização da rede assistencial que se sustenta na premissa de que os serviços que se encontram mais próximos do cidadão têm maior possibilidade de acertar as soluções para os seus problemas de saúde (Brasil, 1990).

Apesar do reconhecimento da necessidade de uma imediata descentralização das ações de saúde, a Constituição de 1988 ainda coloca a saúde dentro do contexto da seguridade social, sem dispor de mecanismos que permitam a gestão própria de seus recursos financeiros e/ou humanos. Inicialmente, vincula estes recursos à negociação entre os órgãos por ela responsáveis, ou seja, a Assistência Social e a Previdência Social. Entretanto, já delinea a democratização nas decisões dos gestores e na aplicação dos recursos financeiros, assegurando a participação concomitante de trabalhadores, empregadores e usuários (Brasil, 1988).

A Constituição estabelece, assim, as normas que norteiam o processo de implementação do SUS, estimulando a participação da comunidade nas decisões pertinentes por meio dos Conselhos de Saúde e ainda normatizando a participação complementar de serviços privados (Brasil, 1988).

Finalmente, com a edição da Emenda Constitucional nº 29, ficam definidas as normas de financiamento do setor em cada esfera de governo, o que na prática ainda não se consolidou, em virtude, particularmente, do tempo dado pela Lei para a aplicação de seu texto legal. Nesta mesma seção, a Constituição estabelece as atribuições suplementares do SUS, além daquelas específicas sobre a saúde enquanto assistência e prevenção (Brasil, 2000 a).

Assim, a Constituição Federal de 1988, ao instituir o SUS, estabeleceu genericamente suas ações e funções, suas formas de financiamento e, em última análise, deixou o poder público com a responsabilidade de implementá-lo. Entretanto, justamente por fomentar o pacto entre os diversos gestores do novo Sistema de Saúde, criou, pelo menos, inicialmente, dificuldades inerentes ao processo de descentralização de poderes. As dúvidas quanto à real competência de cada esfera de governo culminaram no retardo da aplicação das reformas

necessárias, já que o sistema de saúde anterior, o SUDS não havia possibilitado um processo amplo de descentralização. Na prática, a década de 90 constitui um palco de disputa dos dois modelos: o “velho” e o SUS, sendo que o SUS, apesar da vitória da Constituição e da lei, não conseguiu ainda chegar ao centro do palco, mas avança “ pelas beiradas”(Rodrigues Santos,2001).

Assim, neste primeiro momento, pouco foi realizado no sentido de sanar as dificuldades já vivenciadas na área da atenção às urgências e emergências, persistindo o modelo anterior em que a população acabava por ter seu atendimento emergencial realizado livremente pelos hospitais, gerando enormes filas em suas unidades de urgência, em virtude da falta de organização das referências e do gerenciamento do acesso. Não existia, àquela época, outros estabelecimentos de saúde, que não os hospitais, que proovessem atenção às urgências e pouco se preocupava com a qualidade da assistência prestada. Assim, credenciavam-se serviços conforme a necessidade da população e a oferta dos mesmos, não havendo, até então, efetivo controle administrativo ou técnico sobre os serviços agregados.

Da mesma forma que a Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90) não tratou do tema urgência/emergência. Entretanto, não fugindo aos preceitos constitucionais, reforçou, mais uma vez, a competência de cada esfera de governo, estabelecendo que as ações de saúde deveriam ser compartilhadas por todos os seus gestores em prol da comunidade local. A Lei Orgânica deu competência aos gestores para comandar os rumos da saúde de suas comunidades conforme as necessidades diagnosticadas. Assim, foram definidas as responsabilidades pertinentes a cada esfera de governo pelo saneamento das dificuldades locais referentes à saúde, delegando aos gestores municipais, juntamente com suas comunidades, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde, autonomia na edição e aplicação de medidas e normas técnicas para a implantação e a implementação do SUS, garantidas as diretrizes de universalidade e igualdade de acesso e integralidade de assistência.(Brasil,1990, Brasil, 1990 a).

Assim, os gestores municipais e estaduais se viram obrigados a zelar pela correta aplicação de recursos, pela garantia da qualidade da assistência e pela política de saúde a ser viabilizada nas suas comunidades. Havia, agora,

condições legais para o enfrentamento dos problemas locais. Todavia, não havia cenário para a discussão ampla da atenção às urgências e emergências, até então relegada a segundo plano, com ações assistenciais limitadas, em detrimento das ações de prevenção de doenças, foco maior de atenção dos gestores da saúde. Assim, a década de 90 foi, por assim dizer, o período crítico de aprendizado para os gestores dos sistemas locais de saúde, as orientações variavam entre o puro “preventivismo” e o investimento exclusivo no “assistencialismo”.

Neste contexto, independentemente das estratégias adotadas pelos municípios, agora responsáveis por suas próprias ações, foi cunhado e reforçado, ao longo de toda esta década, o conceito de “centros de referência”. Foram assim denominados pelos gestores e, também, pelos próprios usuários que livremente locomoviam-se até os pólos regionais para procurar assistência de maior qualidade e com maior grau de resolução (Neto, 1991). A existência destes centros de referência permitiu que os gestores da saúde de municípios de pequeno porte, comandados por controladores contábeis rígidos, optassem, em sua maioria, pela criação de condições de locomoção de seus cidadãos até os municípios maiores, pouco direcionando sua política de saúde para a criação de unidades resolutivas no âmbito local. Cuidavam, por assim dizer, exclusivamente da atenção básica, buscando ações de atenção secundária ou terciária nos municípios de grande porte, onde se localizavam os centros hospitalares de referência. Fatalmente, tais ações culminaram na sobrecarga destes centros de referência, fato este ainda hoje observado (Neto, 1991).

O desequilíbrio entre a oferta de serviços e a demanda pelos mesmos, vista nos centros de maior porte, torna-se ainda mais claro e preocupante quando se analisa a assistência às urgências. Hospitais públicos saturados, com taxas de ocupação superiores a 100%, são ainda freqüentes (Universidade de São Paulo, 2002). A ocupação elevada decorre, em grande parte, da demanda espontânea de usuários, que são acolhidos sem qualquer avaliação prévia por um estabelecimento de saúde ambulatorial, apto a resolver as urgências de baixa complexidade (Santos, 2002).

Esta desorganização identificada pelos gestores, administradores hospitalares e diretores clínicos, e particularmente pela própria comunidade, motivou a elaboração de portarias ministeriais com objetivo de difundir os conceitos

as diretrizes e as ações na área da atenção às urgências. Na construção deste processo normativo ocorreu um esforço no sentido de conhecer, por meio de encontros, seminários, oficinas, consultas públicas e instituição de espaços colegiados interdisciplinares e intersetoriais, os conceitos e práticas utilizados na atenção às urgências, avaliá-los e legitimá-los na forma de diretrizes de uma política nacional para a área (Brasil, 2004).

Segundo Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1451/95, urgência é definida como ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. As emergências são definidas como condições de agravo à saúde com risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

Para o *American College of Emergency Physicians* (ACEP) os serviços de urgência disponibilizam cuidados para avaliar e tratar pacientes com sintomas que aparecem subitamente, e são bastante graves, mediante juízo de uma pessoa prudente com nível médio de conhecimentos em saúde.

As contribuições anteriores abordam a urgência/emergência como evento individual ou para o sistema de saúde, com a perspectiva biológica dos profissionais de saúde e de pessoas capacitadas. Todavia, deve ser que enfatizada a representação social e antropológica da urgência trazida pelos usuários e familiares, bem como por diferentes agentes de saúde deve ser cada vez mais considerada na assistência e no planejamento da atenção às urgências (Sá & Artmann, 1994 e Jacquemot, 2000).

O Ministério da Saúde iniciou um trabalho direcionado às urgências/emergências com o objetivo de orientar o atendimento prestado no ambiente pré-hospitalar que culminou com a publicação da Portaria GM nº 824, de 24 de junho de 1999 (Brasil, 1999). Na seqüência, após questionamentos por entidades de classe, um grupo de trabalho elaborou um documento que serviu de base para a Portaria GM nº 814, de 01 de junho de 2001. Assim, foi revogada a portaria anterior, mas reafirmaram-se os princípios básicos da atenção pré-hospitalar móvel e introduziram-se as diretrizes de atuação das centrais de regulação em todo país, dando prazo máximo de 03 anos para a implantação das mesmas (Brasil, 2001).

Esta portaria especificava as ações técnicas e gestoras assumidas pelos profissionais médicos reguladores, sendo incluída a regulamentação dos serviços pré-hospitalares privados, inclusive as concessionárias de rodovias. Ainda, na referida portaria, foram definidas as relações com os Corpos de Bombeiros, a Polícia Rodoviária e outras organizações da Área de Segurança Pública, com critérios e fluxos da regulação médica de urgência para o SUS, e finalmente, avançou-se no processo de grades e conteúdos mínimos de capacitação necessários para os profissionais que trabalham na assistência pré hospitalar, enfatizando o trabalho com a visão de rede integrada dos serviços de saúde.

Em 2002, o Ministério da Saúde, passa então a considerar a área de urgência/emergência como um importante setor da assistência à saúde, a partir da constatação do crescimento da demanda por serviços nos últimos anos, em virtude do aumento do número de acidentes e da violência urbana, da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população e da estruturação insuficiente da rede assistencial, traduzida pela sobrecarga dos serviços de urgência/ emergência disponibilizados para a população.

Constatou-se então a necessidade de aperfeiçoar as normas já existentes, ampliar o seu escopo e melhorar a definição da política para esta área. Esse processo envolveu a previsão de sistemas regionalizados, com referência previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutive e responsabilidade sanitária, universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do SUS de acordo com suas diretrizes gerais e da Norma Operacional da Assistência à Saúde -NOAS -SUS 01/02/2002 (Brasil, 2002).

Considerando então a necessidade de ordenar o acesso ao atendimento às urgências e emergências com garantia de acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutive para as urgências de baixa e média complexidade, estabilização quando necessária e referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS, por meio de acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências, o Ministério da Saúde instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, mediante Portaria GM nº 2048, de 05 de novembro de 2002.

Assim, foram estabelecidos os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, a classificação e critérios para habilitação de serviços que devem participar dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, a saber: Regulação Médica de Urgência e Emergência, Atendimento Pré Hospitalar Fixo, Atendimento Pré Hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte Inter Hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgência com a proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área (Brasil, 2002b)

Neste ato, ficou definido o prazo de 02 anos para a adaptação dos serviços de atendimento às urgências já existentes e em funcionamento, em todas as modalidades assistenciais, às normas e critérios estabelecidos pelo Regulamento Técnico instituído por esta portaria e, ao mesmo tempo, revogou-se a Portaria GM nº 814, de 01 de junho de 2001.

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência preconiza que no processo assistencial os serviços sejam providos de acolhimento com triagem classificatória de risco, atendimento, e se for o caso, redirecionamento para dar prosseguimento ao tratamento (Brasil, 2002b).

O trabalho integrado pode ser facilitado por meio do enlace das ações das centrais médicas de regulação do fluxo das urgências com outras centrais de regulação: de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições como, por exemplo, as polícias militares e a defesa civil (Brasil, 2002b).

A regulação médica de urgência ganha a possibilidade de se transformar no elemento ordenador e orientador do sistema de atenção integral às urgências. O serviço de regulação médica passa a representar uma porta de comunicação aberta ao público, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados, hierarquizados e direcionados mediante correlação de necessidade do caso e disponibilidade assistencial do serviço. Assim, abrem-se perspectivas para a estruturação da relação entre os vários serviços e a qualificação dos fluxos dos pacientes na rede de atenção às urgências. Sob esta ótica, o SUS ganha um

observatório permanente de saúde que tem a possibilidade de identificar os determinantes e a natureza dos problemas, bem como replanejar de forma dinâmica a assistência às urgências, à saúde em geral, e até induzir ações inter-setoriais (Santos, 2002).

Em que pese os avanços recentes, em termos normativos, a atenção às Urgências/Emergências ainda reúne muita das fragilidades encontradas no SUS. A descentralização da assistência é insuficiente e a configuração de redes habilitadas, hierarquizadas e articuladas, bem como a ordenação do fluxo, ainda são incipientes. A pactuação das referências é precária e a inclusão de recursos de acolhimento e humanização são iniciativas, ainda isoladas. A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada (Santos, 2002a). Há comprovação de que a ordenação do acesso a rede assistencial de urgência por meio da regulação médica pode transformar o cenário dos hospitais de referência em urgência e induzir a reorganização com aumento da resolutividade e da qualidade dos serviços (Santos, 2002).

A Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que pode abrigar 207 pacientes em leitos e macas e é referência para uma macrorregião que abrange cerca de 4 milhões de pessoas, no ano de 1999 apresentava taxa de ocupação de média de leitos de 113%. Havia pacientes mal acolhidos, em macas, cadeiras de roda e nos corredores do Hospital. Com a implantação da Regulação Médica de Urgência, no ano de 2000, e a mobilização das referências assistenciais instaladas na região para atender as urgências, o número de encaminhamentos para o Hospital reduziu 44,84% e a taxa de ocupação no ano de 2002 foi de 90,3%. O Hospital, utilizando-se dos dados demográficos e epidemiológicos da Regulação Médica, reorganizou sua arquitetura, a destinação de espaços e incorporou novas tecnologias assistenciais e de acolhimento (Santos, 2002).

A hierarquização resolutiva demanda a alocação de um conjunto de capacidades materiais e humanas para desempenhar a tarefa atribuída. Exige a definição de um padrão de doenças a serem tratadas de forma resolutiva e outras

situações a serem corretamente referidas. A definição da hierarquia dos serviços envolve a responsabilização das equipes e a informação à população sobre o papel a ser desempenhado pelos serviços. A hierarquização permite o ordenamento das unidades de um sistema, tornando viável a sua regulação, com vistas à cobertura das necessidades dos pacientes (Brasil, 2002b).

Em última instância, a hierarquização combina a observação de alguns indicadores, como a base demográfica, o número de atendimentos por período, o número de pacientes atendidos necessitando internação (proporção da gravidade) e o perfil de tipo de demanda para definir um padrão de lotação e qualificação de pessoal (De Negri, 2001).

O estabelecimento de contrato externo para cada unidade de serviço deve seguir a definição de responsabilidades sanitárias, gerando um compromisso em torno a objetivos, metas e estados de saúde da população. O regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência preconiza que a atenção integral às urgências se dê em todos os componentes da rede assistencial do SUS, ou seja, com a participação das unidades pré-hospitalares (fixa e móvel), das unidades hospitalares e das unidades pós hospitalares. No componente pré hospitalar fixo estão as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família que segundo regulamento técnico devem ser responsabilizadas pelo acolhimento do pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adscrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência (Brasil, 2002b).

A rede pré-hospitalar móvel é formada pelos Serviços de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU - 192), com a atribuição de socorrer precocemente às vítimas, após ter ocorrido um agravo à saúde de natureza clínica, cirúrgica, traumática e, inclusive, psiquiátrica. Esses serviços prestam atendimento e/ou transporte adequado para um estabelecimento de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS, mediante ordenação de uma central médica de regulação de urgências e emergências (Brasil, 2002b,Barrier,2001).

A rede hospitalar compreende leitos gerais, especializados, de retaguarda, de longa permanência e de terapia intensiva. As unidades hospitalares de referência em urgência e emergência são classificadas em três diferentes níveis : I- para serviços especializados, II- para complexidade intermediária e III- para

maior complexidade. A rede pós hospitalar compreende a rede de reabilitação e leitos domiciliares (Brasil, 2002b).

A idéia de redes de serviços não é nova no âmbito do planejamento e gestão de serviços de saúde. Contudo, a idéia de uma rede de serviços de urgência só começa a aparecer com mais força em nosso meio a partir da década de 90, com a introdução do conceito de regulação médica de urgência e o desenvolvimento de serviços de atenção pré-hospitalar móvel, frutos de cooperação franco-brasileira em meio a um processo que vem discutindo a organização dos serviços de urgência no âmbito do SUS (Tannebaum et al, 2001).

Com esta perspectiva, os enlaces operacional e gerencial dos componentes da rede assistencial que oferecem retaguarda às urgências e emergências estão sendo aperfeiçoados e configurados. Assim, os recursos assistenciais pré-hospitalares fixos (unidades básicas de saúde, programa de saúde da família (PSF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares de atendimentos às urgências), as unidades de pré-hospitalar móveis, os serviços de regulação médica, assim como a rede hospitalar e pós-hospitalar têm sofrido ajustes estruturais e operacionais, disponibilizado em tempo real seus recursos, fortalecendo os meios de comunicação e capacitando os seus profissionais para se configurar como rede qualificada de atenção e apoio às urgências/emergências (Santos, 2002a).

A qualidade assistencial depende do nível do observador e suas responsabilidades no serviço. Os indicadores de qualidade podem ser referentes à estrutura, ao processo e aos resultados. Ademais, define estrutura como sendo as características relativamente estáveis dos prestadores de assistência, das ferramentas e recursos que eles têm a sua disposição e dos ambientes físicos e organizacionais nos quais trabalham (Concejo, 1997, Donabedian, 1988).

Um passo importante rumo à qualificação de atenção às urgências, pode ser dado mediante adequação da estrutura assistencial e sua disponibilização para a regulação médica/SAMU-192. A comunicação entre os serviços pode ser feita por meio de instrumentos, tais como ficha de referência e contra referência, telefone, rádio e fax, dentre outros. Este processo é de fundamental importância para que cada serviço se reconheça como parte integrante do sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe cabe e se

responsabilizando pelo redirecionamento da clientela remanescente (Santos, 2002).

O Ministério da Saúde por meio da Portaria GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 instituiu a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/02 que estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde. O Plano Diretor de Regionalização passa a ser um instrumento de ordenamento desse processo, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis de atenção (Brasil, 2002).

O plano estadual de atenção às urgências deve ser formulado a partir do diagnóstico das necessidades da população e leitura qualificada da organização assistencial, com as respectivas programações de ações corretivas. Seguem-se os cronogramas de execução e planilhas de custos, destinadas à correção das deficiências encontradas na estruturação das grades assistenciais regionalizadas e hierarquizadas. Este processo, após discussão e pacto deverá compor o Plano Diretor de Investimento, que de acordo com estabelecido na NOAS 01/2002 configura a rede por meio de: 1) Municípios que realizam apenas atenção básica (PAB) e se responsabilizam pelo acolhimento de pacientes com quadros agudos de menor complexidade. 2) Municípios Satélites que realizam a atenção básica ampliada (PABA), e devem realizar as atividades do PAB e contar com leitos de observação de até 8 horas. 3) Municípios Sede de Módulo Assistencial que realizam PABA e os procedimentos hospitalares e diagnósticos mínimos da média complexidade (M1) e devem contar com as UNHAU/E e Unidades Hospitalares Gerais Tipo I, 4) Municípios Pólo Microrregional que realizam procedimentos médios da média complexidade (M2) e devem contar com as estruturas já mencionadas, mais Unidades Hospitalares Gerais tipo II, 5) Municípios Pólo Regional que realizam os demais procedimentos mais complexos da média Complexidade (M3), e devem contar as estruturas mencionadas acima e com Unidades Hospitalares de Referências Tipo I e II, 6) Municípios Polo Estadual que realizam procedimentos de Alta Complexidade e devem contar com as estruturas relacionadas anteriormente e com Unidades Hospitalares de Referências Tipo III (Brasil, 2002a, Brasil 2002b). Nas regiões muito carentes, com claros assistenciais,

preconiza-se estruturação de salas de estabilização com as características mínimas das unidades primárias de atenção às urgências (Brasil, 2002).

O planejamento dos serviços para as diferentes categorias de municípios, feito de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidade definida pela NOAS-SUS01/02 (Brasil, 2002), deve integrar uma rede regional de maneira a subsidiar os planos regionais e estaduais de atendimento às urgências e emergências (Brasil, 2002 a).

No Capítulo III do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência está contemplado a normatização das unidades de atendimento que compõem a rede pré hospitalar fixa, onde se incluem as UNHAU/E (Brasil, 2002b).

As UNHAU/E devem funcionar nas 24 horas do dia e devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível da média complexidade (M1). Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município sede de módulo assistencial disponha de, pelo menos uma destas Unidades garantindo, assim, assistência às urgências com observação nas 24 horas para a sua própria população ou a um agrupamento de municípios para os quais seja referência. As UNHAU/E devem integrar o Sistema Estadual de Urgência e Emergência e a sua respectiva rede assistencial, e estarem aptas a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados (Brasil, 2002b)

O Regulamento Técnico discorre sobre as atribuições, o dimensionamento e a organização estrutural das UNHAU/E, bem como aspectos da interação destas Unidades com os demais serviços. Há um detalhamento sobre recursos humanos com as devidas habilitações e capacitações para o trabalho nestas unidades, além de considerações sobre área física, materiais de consumo, medicamentos, equipamentos e estrutura da grade de referência que dá suporte à UNHAU/E.

Dentre as atribuições das UNHAU/E estão a garantia de retaguarda às unidades de atenção básica, a redução da sobrecarga dos hospitais de maior complexidade e a estabilização dos pacientes críticos para as unidades de atendimento pré hospitalar móvel (Brasil, 2002b).

Em relação aos recursos humanos as UNHAU/E devem contar obrigatoriamente, com coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico

pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia ,auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e quando houver laboratório na unidade, também deverão contar com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório. Outros profissionais poderão compor a equipe de acordo com a definição do gestor local ou gestores loco-regionais, como assistente social, odontólogo, cirurgião geral, ortopedista, ginecologista e motorista (Brasil, 2002b).

A área física da UNHAU/E compreende o bloco para pronto atendimento, que inclui, dentre outros, as salas de espera e triagem classificatória de risco e os consultórios, o bloco de apoio diagnóstico com sala para radiologia e laboratório de patologia clínica , o bloco de procedimentos com salas para suturas, curativos, inaloterapia e medicação. O bloco de urgência/observação deve contar com sala de reanimação e estabilização e sala de observação masculina, feminina e pediátrica. O bloco de apoio logístico deve incluir, dentre outros, a farmácia, o almoxarifado, o expurgo/lavagem de material, a central de material esterilizado, a rouparia e o necrotério. O bloco de apoio administrativo deve conter salas de gerência e administração, de descanso, vestiários, copa/refeitório, depósito de material e limpeza e local para acondicionamento de lixo. O regulamento, ainda discorre sobre a concepção arquitetônica e a distribuição dos diferentes blocos e a relação com os acessos, fluxos e organização do processo de trabalho (Brasil, 2002b).

Segundo a NOAS SUS 01/02, cada serviço assume uma determinada cobertura (território-população), com responsabilidade sanitária a partir das estratégias de atenção integral. A avaliação da efetividade da cobertura é feita segundo o alcance de metas e parâmetros pré estabelecidos (Brasil, 2002).

De acordo com o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência/Emergência devem ser estabelecidos para as UNHAU/E um padrão de cobertura e resolutividade de acordo com dados demográficos e epidemiológicos. (Brasil, 2002b)

Em 2003, o Ministério da Saúde criou, em seu organograma, a Coordenação Geral de Urgência/Emergência e assim foi constituído um grupo de profissionais que agregados à representantes de outras entidades formataram a Política Nacional de Atenção às Urgências(PNAU) publicada por meio da Portaria GM n° 1863, de 29 de setembro de 2003, com seus cinco pilares: promoção,

organização da rede assistencial, capacitação de recursos humanos, regulação médica de urgência e a humanização da assistência às urgências (Brasil, 2003). Na mesma data é instituída a Portaria GM nº 1864, com o Componente Pré-Hospitalar Móvel, através de implantação da Rede Nacional SAMU-192, com Centrais de Regulação Médica de Urgência em todo país, visando a qualificação do acesso e a oferta de subsídios aos gestores para tomada de decisões (Brasil, 2003a).

Considerando a multiplicidade dos determinantes das urgências e as possibilidades de prevenção, suporte e tratamento, o Ministério da Saúde compreendeu a necessidade de complementações das ações por meio de articulações intersetoriais e inter institucionais e assim sendo editou a Portaria GM nº 2072, de 30 de outubro de 2003, instituindo o Comitê gestor Nacional de Atenção às Urgências, com perspectiva de planejamento de ações intersetoriais necessárias para a formatação do plano nacional de atenção às urgências (Brasil, 2003b).

O Ministério da Saúde encontra-se na fase de implantação do Projeto SAMU-192 em todo país. A sustentabilidade deste projeto dependerá da organização da rede assistencial, onde as UNHAU/E figuram como serviços de grande relevância. Neste contexto e com base nas premissas da PNAU e nas atribuições prevista para as UNHAU/E, propõe-se avaliar a organização assistencial das Unidades do Município de Goiânia, no sentido de se obter subsídios para revisão de atitudes e tomada de decisões dos grupos sociais envolvidos.

6. METODOLOGIA

A organização metodológica da pesquisa proposta tem como característica central a inter-relação de procedimentos típicos da abordagem investigativa qualitativa e quantitativa.

Os métodos quantitativos da pesquisa são utilizados para descrever uma variável quanto à sua tendência central ou dispersão ou dividi-la em categorias e descrever suas freqüências. Já os métodos qualitativos não necessariamente mensuram os fenômenos, sendo basicamente úteis para quem busca compreender o contexto onde algum evento ocorre (Victória,2000)

A abordagem qualitativa permite entender o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes correspondentes ao espaço mais profundo dos processos e dos fenômenos, que podem ser apreendidos por meio da vivência e da explicação do senso comum que as pessoas trazem do cotidiano (Minayo, 1998).

Para dar conta de relacionar os recursos assistenciais, bem como dos instrumentos de compromisso das UNHAU/E com a rede de serviços do município de Goiânia, foi realizado um trabalho de campo nas Unidades selecionadas (CAIS Amendoeiras, CAIS Curitiba, CAIS Finsocial e CAIS Goiás), envolvendo a visita às suas dependências, com o intuito de verificar as instalações físicas, os equipamentos por ambiente, os materiais, os medicamentos, os recursos humanos, a grade de referência, os indicadores de produção e de desempenho destas unidades.

Nestas visitas foram aplicadas as técnicas de observação participante, norteadas por um roteiro (anexo I) elaborado com base nas necessidades essenciais e desejadas contidas na portaria GM 2048 de 05 de novembro de 2002, que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e compõe a Política Nacional de Atenção às Urgências(Brasil,2004). Desta forma, a observação participante, permitiu coletar informações mensuráveis (presença / ausência dos equipamentos, material e medicamentos, veículos de transporte de pacientes e recursos humanos). Sob este ângulo, o próprio roteiro assume o papel de “diário de campo”, uma vez que, em sua elaboração, teve-se a

preocupação de abrir oportunidades para observações inerentes à especificidade das situações estudadas.

Para registrar e avaliar a percepção que os gerentes e os representantes do Conselho Municipal de Saúde têm sobre as UNHAU/E selecionadas, foram realizados 2 (dois) grupos focais, sendo um com os 4 (quatro) gerentes das unidades selecionadas, mais os gerentes das outras unidades que não funcionam 24 horas e os diretores de distrito, totalizando 15 participantes. O outro grupo focal foi realizado com 08 representantes do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia mediante participação equitativa dos trabalhadores, dos prestadores, dos gestores e dos usuários.

O grupo focal é uma técnica de pesquisa que propõe a coleta de dados por meio da organização de grupos representativos. Esses grupos são compostos por seis a quinze integrantes, que se reúnem para discutir uma “agenda” preparada pelo pesquisador, focalizando um assunto específico, de forma mais aprofundada, envolvendo um número maior de pessoas ao mesmo tempo. Os grupos permitem a expressão do pensamento coletivo de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas, o conhecimento do processo dinâmico de interação entre os participantes e a observação de como as controvérsias se expressam e são resolvidas, reproduzindo processos de interação que ocorrem fora dos encontros grupais (Westphal et al., 1996, Neto et al., 2001).

O grupo dispõe de um facilitador e um moderador das discussões com a tarefa de propor as questões que se dirigem para o objetivo do estudo, e ainda deve manter as discussões focalizadas no tema programado para aquele encontro. Nas sessões grupais há registro sistematizado por meio das gravações dos encontros, das discussões e também de anotações feitas por um observador, contemplando aspectos não verbais, bem como a dinâmica de interação entre os participantes (Westphal et al., 1996, Neto et al., 2001).

As publicações de pesquisa e estudos encontrados, os quais utilizaram-se da técnica de grupo focal, não foram muitas, no entanto, consta que sua primeira aplicação foi durante a Segunda Guerra Mundial. Os autores nos quais estamos nos respaldando são Minayo (1994), Carlini-Cotrin (1996), Westphal et al. (1996), e a seguir serão feitas algumas considerações em relação às questões trazidas por alguns deles.

Deve-se, ainda, levar em consideração a escolha das pessoas que constituirão o grupo focal, as idéias e interesses dos participantes em direção ao objetivo da pesquisa. Os critérios de escolha dos participantes para compor os grupos focais neste trabalho foram dois: a) pessoas com vivência dos problemas a serem abordados e, b) representação da diversidade de necessidades das unidades avaliadas.

Foi encaminhado ao Secretário Municipal de Goiânia ofício convidando os gerentes das Unidades estudadas e os membros do Conselho Municipal de Saúde para participarem dos grupos focais. Conforme já mencionado, por sugestão do Secretário, participaram no grupo focal os gerentes das UNHAU/E estudadas, os gerentes das Unidades que não funcionam 24 horas, bem como os diretores de distritos sanitários onde localizam-se as respectivas unidades e dois representantes do Departamento de Gestão Hospitalar

Os encontros foram realizados em local de fácil acesso, na de área de abrangência do cenário do projeto, observando-se algumas condições essenciais de infra-estrutura, tais como dimensão da sala, cadeiras individuais que permitiram dispô-las em círculo, instalações para gravação, boas condições de ventilação e privacidade.

A duração recomendada para os encontros é de uma hora a uma hora e meia. Podem ser programados vários encontros com grupos de composição diferente ou ainda vários encontros de um mesmo grupo (Minayo, 1994; Westphal et al., 1996; Carlini-Cotrin, 1996).

Neste trabalho, adotou-se a duração de 2 horas para cada grupo focal visando facilitar a apresentação dos integrantes e proporcionar um ambiente favorável para o início das atividades.

No início do encontro, após os agradecimentos protocolares, enfatizou-se a importância da cooperação, evitando a interrupção por meio de chamados e telefones celulares. Em seguida, foi feito um relato do projeto, descrevendo o objetivo e a metodologia utilizada, com abertura de espaço para perguntas e esclarecimentos. As funções de facilitador e moderador foram exercidas respectivamente pela pesquisadora e pelo orientador

No segundo momento, articulado com o primeiro, discutiu-se com o grupo a técnica de trabalho e da necessidade de autorização por escrito (Anexo A)

dos integrantes para a participação no trabalho, bem como, para proceder ao registro dos depoimentos por meio da escrita pelo observador e por fita K-7.

No terceiro momento foi feita a apresentação dos integrantes do grupo e a seguir foi distribuído um roteiro com as questões elaboradas. O roteiro trazia questões chaves com subitens referentes à percepção que os gerentes e os membros do CMS têm sobre a organização da atenção às urgências, particularmente com ênfase na participação das UNHAU/E (Anexos III e IV).

O início dos depoimentos demarcou-se o quarto momento com o registro do encontro por meio da gravação e da escrita pelo observador.

No desenvolvimento do grupo, especialmente na fase de discussão, o moderador procurou incentivar os integrantes a expressar suas idéias e sentimentos, mantendo a discussão focalizada, fazendo resumos e retomando quando o foco não era o proposto (Westphal et al, 1996). Assim, o moderador assumiu uma posição de “peça-chave” para o desenvolvimento satisfatório do grupo, conforme enfatiza Carlini-Cotrin (1996).

Os depoimentos do grupo focal com os gerentes foram obtidos a partir de três questões chaves que abordavam: a) a relação do Pronto Atendimento com o Sistema de Saúde (usuário, outros componentes assistenciais, gestores e órgãos de controle social); b) a organização interna da unidade (estrutura física, material, equipamentos, recursos humanos); e c) seu desempenho com as perspectivas de aperfeiçoamento da Unidade.

O grupo focal com os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde discorreu sobre: a organização da atenção às urgências com ênfase no papel do Pronto Atendimento e os seus nós críticos, e o processo de atenção desenvolvido pelo Pronto Atendimento, considerando a relação com a população, a relação entre usuários e trabalhadores, o desempenho, a qualidade da assistência e a articulação da Unidade com outros componentes assistenciais da rede.

O conteúdo do discurso foi analisado por quatro profissionais: três médicos e uma enfermeira, sendo dois destes profissionais envolvidos diretamente com o trabalho e todos com experiência pregressa na gerência e na gestão de serviços vinculados ao SUS.

A análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) foi a técnica utilizada para apreciação dos dados qualitativos. Esta técnica de análise das comunicações

visa obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens e de indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das variáveis inferidas destas mensagens (Bardin, 1977).

Formalmente, a análise de conteúdo desenvolveu-se no início deste século, nos Estados Unidos, destinada a interpretar essencialmente material jornalístico, com o rigor científico. No início, a análise de conteúdo apresentava um caráter estritamente quantitativo, uma vez que utilizava o cálculo da frequência com que determinados elementos apareciam nos textos, e daí chegava-se à inferência (Bardin, 1977).

No plano epistemológico, confrontam-se duas concepções de comunicação: o modelo “instrumental” e o “representacional. Sob o ponto de vista do primeiro modelo, numa comunicação, o mais importante não é o conteúdo manifesto da mensagem, mas sim o que ela expressa, graças ao contexto e às circunstâncias em que se dá. O segundo modelo dá fundamental importância ao conteúdo lexical do discurso, defendendo a idéia de que, através das palavras da mensagem, pode-se fazer uma análise de conteúdo eficiente, sem a necessidade de apelo ao contexto e ao processo histórico (Bardin, 1977).

Em relação ao plano metodológico acirra-se o debate entre a abordagem quantitativa e a qualitativa. Na análise quantitativa os procedimentos visam alcançar a “cientificidade” através da frequência com que surgem determinadas características do conteúdo. Na análise qualitativa, são levados em consideração a presença ou ausência de determinadas características de conteúdo ou de um conjunto de características, num determinado fragmento de mensagem. Os defensores das técnicas qualitativas colocam em cheque a análise freqüencial como critério de objetividade e cientificidade e demonstram a preocupação de atingir, através da inferência, interpretações mais profundas (Bardin, 1977).

Ainda sobre técnicas qualitativas, Minayo (1998) refere que a expressão mais freqüentemente empregada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a análise de conteúdo. No entanto, o termo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

Descrevem-se as seguintes fases da análise de conteúdo:

A primeira fase é a pré-análise e corresponde a organização e seleção do material visando a sistematização e a operacionalização das idéias iniciais. Esta fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses ou pressupostos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

A pré-análise é dividida em três etapas, a saber:

- A leitura flutuante, que consiste em estabelecer um contato com os documentos, deixando-se invadir por impressões e orientações ou como refere Minayo (1998), deixando-se impregnar pelo seu conteúdo.
- A construção do *corpus*, que é a organização do material, de forma que responda às normas de validade. Para tanto, a sua constituição implica, muitas vezes, em escolher, selecionar e definir regras, tais como a exaustividade (que contenha a representação do universo pretendido), a homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha de temas, técnicas e interlocutores) e a pertinência: os documentos analisados devem se adequados ao objetivo do trabalho.
- A formulação de pressupostos e objetivos, onde se determina a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da análise de registro), os recortes, a categorização, a codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

A segunda fase da análise de conteúdo, denominada como exploração do material, consiste na operação de codificação, transformando os dados brutos para alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase, trabalha-se inicialmente com o recorte do texto em unidades de registro, que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento tal como foi estabelecido na pré-análise.

Os analistas tiraram partido do tratamento das mensagens que foram transcritas a partir das fitas gravadas para inferir conhecimentos sobre a categoria do emissor da mensagem ou sobre seu meio. A inferência é uma operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras.

Para a análise de conteúdo, adotou-se o método qualitativo onde por meio do fragmento ou frases dos depoimentos, buscou-se na concepção

epistemológica instrumental e na metodologia da interpretação identificar a mensagem que estava escondida, latente e que tem potencial inédito. Assim, não foi adotada a análise ao pé da letra, procurou-se por meio de significantes, identificar outros significados de natureza psicológica, sociológica, histórica, dentre outras.

A inferência permite a passagem explícita e controlada da descrição do texto (resumo após tratamento) à interpretação (a significação concedida a estas características). Assim as inferências podem responder a dois tipos de problemas: - as causas ou antecedentes das mensagens bem como suas conseqüências ou efeitos.

Por meio da inferência buscou-se implicações políticas dos depoimentos, além da observância de aspectos da mudança cultural na organização da atenção à saúde. Desta forma, a análise não se limitou ao conteúdo, também levou em consideração o contexto.

Assim, a concretização dos três objetivos específicos reúnem os dados e as informações necessários para a efetivação do objetivo geral da pesquisa, ensejando a possibilidade de se realizar a avaliação da organização assistencial das UNHAU/E do município de Goiânia, com base no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência – Portaria GM/MS nº 2.048 de 05 de novembro de 2002, que compõe a Política Nacional de Atenção às Urgências(Brasil, 2004).

6.1 O UNIVERSO DA PESQUISA

Goiânia é a capital do Estado de Goiás. Foi fundada em 24 de outubro de 1933 por Pedro Ludovico Teixeira, está situada na região central do Brasil, fica próxima da capital do Distrito Federal, praticamente equidistante de todos outros estados brasileiros e tem uma área de 929Km². A população do município é de 1.093.07 habitantes (IBGE/2003), sendo 521.055 homens e 571.952 mulheres

distribuídos da seguinte forma: de 0 a 14 anos: 29,6% da população, de 15 a 69 anos: 64,55% da população e maior de 65 anos: 5,85% da população.

O município de Goiânia é limitado ao Norte pelos municípios de Goianira, Nerópolis e Goianópolis, ao Sul pelo município de Aparecida de Goiânia, a Leste, pelo municípios de Bela Vista e Goiás, e a Oeste, pelo município de Goianira e de Trindade.



Figura 1. Mapa Político do Município de Goiânia

Goiânia situa-se em uma região de topografia quase plana; o território surge com um degrau de acesso às terras mais elevadas do Brasil Central. O rio Meia Ponte e seus afluentes, entre os quais se destaca o Ribeirão João Leite, formam a rede hidrográfica de Goiânia. O clima é mesotérmico e úmido. A temperatura média anual é de 21,9°C, e em decorrência da altitude, as temperaturas mais baixas ocorrem de maio a agosto (variação de 18 °C a 21 °C). A primavera é a estação mais quente, com média dos máximos de 29°C e 32°C, e a precipitação pluviométrica é de 1467,2mm.

A cidade de Goiânia está dividida em 11 regiões administrativas: Campinas (com IV microrregiões), Central (com III microrregiões), Leste (com V microrregiões), Sudeste (com III microrregiões), Sudoeste (com IX microrregiões),

Sul (com IV microrregiões), Mendanha (com IV microrregiões), Vale do Meia Ponte (com IV microrregiões), Oeste (com V microrregiões), Norte (com V microrregiões), Noroeste com V microrregiões). Estas regiões estão organizadas em 09 Distritos Sanitários, a saber: Oeste, Mendanha, Norte, Campinas, Centro, Sul, Noroeste, Leste e Sudoeste.

O Município de Goiânia encontra-se em gestão plena do sistema municipal de saúde, sendo sede de módulo assistencial M1 e segundo o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência/Emergência, a sua rede assistencial de Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências, denominadas CAIS (Centro de Assistência Integral a Saúde) e CIAMS (Centro Integrado de Assistência Médico Sanitária) constituem-se por 04 CAIS que funcionam 24 horas e foram o objeto deste estudo.

As UNHAU/E, selecionadas, denominadas de Centro de Assistência Integral à Saúde (CAIS), foram inauguradas entre os anos de 1988 e 1989 e estão localizadas nos seguintes distritos sanitários: CAIS Jardim Curitiba e CAIS Finsocial que pertencem ao Distrito Sanitário da Região Noroeste, CAIS Amendoeiras que pertence ao Distrito Sanitário Leste e CAIS Bairro Goiá que pertence ao Distrito Sanitário Oeste. Essas unidades foram construídas com o objetivo de atender as urgências de baixa e a média complexidade e atuar em sintonia com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Goiânia e com o Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO). Estes serviços estão situados em pontos estratégicos do município de Goiânia, e recebem demanda também da região metropolitana, onde há um vazio assistencial, sobretudo para atenção não hospitalar e hospitalar às urgências.

Atualmente, a atenção às urgências e emergências no Município de Goiânia e região metropolitana é feita por uma rede complexa composta por unidades públicas de natureza Federal, Estadual, Municipal, Filantrópica e Conveniada. Esta rede é constituída por 64 hospitais, 01 Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc; 99 unidades ambulatoriais especializadas, 01 Hemocentro, 01 Centro Integrado Médico Pedagógico, 01 Laboratório de Saúde Pública, 01 Central de Odontologia, 01 Fundação Banco de Olhos de Goiás, 02 unidades para portadores de deficiências física e mental, 01 Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica, 31 UBS, 04 CIAMS, 09 CAIS e 29 USF (Goiânia, 2004). Estes

serviços não possuem, até o momento, definição clara para os usuários das suas competências resolutivas em cada nível de complexidade.

A proposta da Secretaria Municipal de Saúde é de ampliação para 101 equipes de saúde da família. O número de consultas médicas básicas realizadas nas unidades próprias no ano de 2001 totalizou 1.484.920. Deste total 341.520 foram consultas de urgência realizadas nos CAIS e nos CIAMS.(Goiânia,2004)

O Pré-Hospitalar Móvel é realizado pelo SIATE (Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência), coordenado por Corpo de Bombeiro Militar, composto por profissionais habilitados em atenção básica, pré-hospitalar ao trauma e emergência e um serviço incipiente de regulação médica para atenção às urgências clínicas.

O HUGO é um hospital estadual que foi inaugurado em 1990 com a finalidade de atender as grandes urgências. Atualmente possui gestão municipal e gerência estadual e continua mantendo o seu perfil assistencial.

A cidade de Goiânia apresenta indicadores demográficos e epidemiológicos típicos dos centros urbanos desenvolvidos e de médio porte do Brasil. O número de crianças na população total é menor e, proporcionalmente, o de adultos e idosos é maior. A mortalidade proporcional por causa(tabelas 1 e 2) indicam os problemas com o envelhecimento da população e a violência urbana; há maior proporção de óbitos por causa das doenças de natureza crônico degenerativas do aparelho circulatório e as causas externas aparecem na seqüência (Goiânia, 2004).

As mortalidades infantil e materna também estão declinando (tabelas 3 e 4) e são significativamente menores que as registradas no Brasil, respectivamente de 12,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos e de 63,36 óbitos por 100 mil partos (IBGE,2003)

Apesar dos dados serem preliminares, nota-se aumento de investimento na saúde. Os valores gastos com ambulatório tiveram aumento na faixa de 37,6% de 2001 para 2002 e com as internações hospitalares de 6,5%, de 2001 para 2002, assim como o número de consultas especializadas (tabela 5) (Goiânia, 2004).

Tabela 1- Taxa de Mortalidade Específica por Distritos Sanitários de Goiânia, no ano de 2000

Região	Acidentes de Trânsito	Homicídio	Causas Externas Gerais
Central	12.7	7.4	28.7
Leste	36.0	26.3	78.8
Sul	31.0	13.1	63.6
Sudoeste	21.5	18.6	55.2
Oeste	28.3	20.6	60.0
Mendanha	37.6	17.0	77.6
Noroeste	16.2	34.1	67.3
Norte	29.9	22.0	74.0
Meia Ponte	43.9	29.0	96.9
Total	29.8	21.4	70.7

Fonte:SMS/2000

Tabela 2 – Taxa de Óbitos de residentes por distritos sanitários em Goiânia, no ano de 2000.

Região	Doenças do Ap.Circ.	Acidente de Trânsito	Doenças Isquêmica do Coração	Neoplasias	Neo pulmão Brônquios	Homic	Neo Colo Uterino	Doenças Cérebro vasc	Causas Xternas	Diabetes	Cirro se
Central	65,6	12,7	15,6	38,1	5,7	7,4	1,2	18,9	28,7	11,9	4,1
Leste	131,3	36,0	23,3	68,1	14,6	26,3	4,9	37,0	78,8	22,4	4,9
Sul	133,0	31,0	34,3	71,0	5,7	13,1	4,1	31,0	63,6	13,9	4,9
Sudoeste	151,1	21,5	47,3	62,4	10,8	18,6	2,2	42,3	55,2	17,2	4,3
Oeste	142,3	28,3	42,9	70,3	5,1	20,6	3,4	42,9	60,0	15,4	3,4
Mendanha	180,6	37,6	55,8	70,3	6,1	17,0	2,4	40,0	77,6	20,6	6,1
Noroeste	113,1	16,2	30,5	38,6	0,9	34,1	4,5	38,6	67,3	12,6	4,5
Norte	129,1	29,9	31,5	63,0	9,4	22,0	1,6	42,5	74,0	12,6	4,7
Meia Ponte	184,8	43,9	39,0	83,9	10,0	29,0	1,0	62,9	96,9	33,0	7,0
Total	155,2	29,8	42,4	75,3	9,5	21,4	3,0	44,0	70,7	20,6	6,0

Fonte:SMS/2000

Tabela 3 – Evolução da taxa de mortalidade infantil em Goiânia.

Ano / 2001	Ano / 2002	Ano / 2003
14,8/1000 NV	13,1 / 1000 NV	12,8 / 1000 NV

Fonte: SIM/SES

Tabela 4 – Evolução da taxa de mortalidade materna em Goiânia.

Ano / 2001	Ano / 2002	Ano / 2003
88,92	56,94	63,36

Fonte: SIM/SES

Tabela 5 – Evolução dos números de consultas especializadas, em Goiânia

Ano	N° de Consultas Especializadas
1999	57.556
2000	444.350
2001	462.878
2002	488.706

Fonte: SIA/DATASUS

7. RESULTADOS

A thick, dark grey L-shaped line that starts below the text '7. RESULTADOS', extends horizontally to the left, then turns 90 degrees and extends vertically upwards, ending at the right edge of the text.

7.1. Dimensionamento, Organização Assistencial e Classificação

Todas as UNHAU/E avaliadas funcionam ininterruptamente nas 24 horas. Pela classificação da portaria GM/MS Nº2048/02 as Unidades Curitiba e Finsocial têm porte I e as Unidades Goiás e Amendoeiras têm porte II, em relação à cobertura populacional (populações de abrangência entre 63.000 a 100.000 habitantes).

Nas UNHAU/E são realizados de 192 a 300 atendimentos médicos nas 24 horas, com um percentual de casos encaminhados para observação que varia de 8,0% a 11,7% e um percentual de encaminhamento para internação hospitalar entre 2,5% a 10% conforme quadro abaixo (tabela 6). Deve ser destacado que as informações referentes à produção assistencial não foram obtidas durante a visita, tendo sido fornecidas posteriormente pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 6 – Características e produção assistencial das UNHAU/E

PARÂMETROS	CURITIBA	FINSOCIAL	PORTARIA	GOIÁ	AMENDOEIRAS	PORTARIA
Pop. de abrangência (mil/hab.)	70	63	50 a 75	90	100	75 a 150
Nº atendimentos nas 24 horas	232	192	100	285	300	300
Nº de leitos de observação	7	5	6	4	5	12
% de pacientes em observação	8,0%	11,7%	10,0%	8,4%	10,0%	10,0%
% de pacientes internados	5,0%	2,5%	3,0%	10,0%	8,0%	3,0%

Fonte: SMS

Duas das UNHAU/E avaliadas apresentam suporte ininterrupto de laboratório de patologia clínica no local, sendo que as demais contam com retaguarda em outro serviço da rede assistencial. Não existem dados precisos sobre o tempo médio entre a solicitação dos exames e a disponibilidade dos resultados, mas segundo os médicos, há demora com prejuízo para o trabalho assistencial.

Todas as Unidades têm equipamento de radiologia, em duas, o serviço funciona nas 24 horas, noutra funciona apenas até as 23 horas e na remanescente o aparelho não está funcionando há 06 meses. Todas as unidades contam com sala de coleta. A falta de retaguarda para avaliação radiológica e laboratorial foi

considerada pelos gerentes e profissionais como fator determinante para alguns encaminhamentos desnecessários para os Hospitais.

7.2 RECURSOS HUMANOS

Todas as Unidades possuem gerência . A equipe mínima para cobertura nas 24 horas é composta por médicos: clínico geral e pediatra nas 24 horas para atendimento contínuo de clínica médica e clínica pediátrica e auxiliares/técnicos de enfermagem. Não há cobertura com enfermeiros nas 24 horas.

Todas as UNHAU/E contam com auxiliares de serviços gerais e com auxiliares administrativos. Nenhuma Unidade possui psicólogo, odontólogo e assistente social nas 24 horas. Três das Unidades possuem técnicos/auxiliares de laboratório e auxiliares de radiologia, sendo que em duas há o profissional bioquímico. Apenas duas unidades contam 2 médicos e 2 enfermeiros com capacitação específica para atenção às urgências.

7.3 ÁREA FÍSICA E PROCESSOS DE TRABALHO (Anexo V)

Nenhuma das UNHAU/E apresenta-se configurada de acordo com a Portaria Ministerial de referência.

7.3.1 Bloco de pronto atendimento

Duas das Unidades apresentam entradas distintas, uma para pacientes que vem por busca espontânea e andando, com acesso direto à recepção e sua respectiva sala de espera e outra entrada específica para pacientes que chegam de ambulância. Nenhuma das Unidades realizam acolhimento dos pacientes com triagem classificatória de risco. Apenas uma das Unidades apresenta sala de recepção e espera com sanitários masculino e feminino para usuários.

Nenhuma Unidade apresenta sala específica para arquivamento de prontuário do paciente. Todas as Unidades apresentam número de consultórios médicos compatível com número de plantonistas, sendo que apenas uma das Unidades possui negatoscópio nos consultórios. Todas as unidades contam com pelo menos um otoscópio/oftalmoscópio em seus consultórios médicos.

7.3.2 Bloco de Urgência/Observação

Apenas duas Unidades contam com sala exclusiva para reanimação/estabilização. Nenhuma destas salas comporta atendimento simultâneo de dois ou mais casos, e todas têm apenas uma maca com rodas e grades. As Unidades não apresentam rede de gases e aspiração e contam apenas com cilindros de gases e aspiradores portáteis, no local.

Todas as salas de urgência das UNHAU/E apresentam carrinho de urgência com os respectivos medicamentos prescritos pela Portaria GM nº 2048, de 05 de setembro de 2002. A localização das salas de reanimação/estabilização não é contígua aos leitos de observação conforme preconiza a portaria de referência.

Nenhuma das Unidades apresentam salas de observação individualizadas por sexo e faixa etária, com posto de enfermagem, sanitários e chuveiros para os pacientes.

7.3.3 Bloco de Procedimentos

Duas das UNHAU/E apresentam salas individualizadas para realização de suturas, curativos contaminados, inaloterapia/medicação. Nenhuma Unidade apresenta sala de gesso. Uma unidade conta com sala de cirurgia de pequeno porte.

7.3.4. Bloco de Apoio Logístico

Apenas uma das Unidades conta com farmácia exclusiva para dispensação interna de medicamentos. Todas possuem almoxarifado, três possuem expurgo/ lavagem de material e roupa e duas apresentam central de esterilização de material e sala específica para necrotério.

7.3.5. Bloco de Apoio Administrativo

Todas UNHAU/E possuem salas de gerência e administração, copa / refeitório, local de acondicionamento de lixo, PABX com ramais internos e uma das Unidades possui sistema interno de alto-falantes.

Nenhuma das Unidades apresentam sala de descanso para funcionários com sanitários e chuveiros. Em duas Unidades existem vestiários para funcionários e depósito de material de limpeza enquanto três possuem estacionamentos diferenciados para ambulâncias, usuários e funcionários.

7.4 MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS

A partir da listagem de medicamentos, equipamentos e materiais previstos na Portaria GM nº 2048, de 05 de setembro de 2002, foram feitas 2 tabelas com a relação de 43 itens de materiais e 24 itens de equipamentos (tabelas 7 e 8).

Tabela 7- Relação dos materiais previstos para as UNHAU/E de acordo com a portaria GM/MS nº2048/02

Item	Especificação	Item	Especificação
1	adaptadores para cânulas	24	jogos de pinças de retirada de ce
2	agulhas especiais para punção óssea	25	luvas de procedimentos
3	bisturi (cabo e lâmina)	26	máscaras para ressuscitador adulto / infantil
4	cadarços para fixação de cânula	27	máscaras laringeas e cânulas endotraqueais
5	caixa completa de pequena cirurgia	28	material para cricotiroidostomia
6	Cânulas orofaríngeas adulto/infantil	29	material para punção, agulhas metálicas e plásticas
7	cateteres para dissecção de veias adulto/infantil	30	pacote de compressa estéril
8	cateteres de aspiração	31	pacote de roupas para pequena cirurgia
9	cateteres nasais	32	pacotes de gaze estéril
10	cobertor para conservação do calor do corpo	33	pinça de Magyll
11	coletores de urina	34	prancha curta para massagem cardíaca
12	conjunto de colares cervicais (tamanho P,M,G)	35	prancha longa
13	drenos para tórax	36	ressuscitadores infantil e adulto com reservatório
14	eletrodos descartáveis	37	seringas de vários tamanhos
15	equipos de macro e microgotas	38	sondas nasogástricas
16	esparadrapo	39	sondas para aspiração traqueal
17	espátulas de madeira	40	sondas vesicais
18	extensões para drenos torácicos	41	tesoura
19	fios cirúrgicos	42	torneiras de 3 vias
20	fios-guia para intubação	43	travesseiros e lençóis
21	frascos de drenagem de tórax		
22	frascos de solução salina		
23	garrote		

Tabela 8 – Relação dos equipamentos previstos para as UNHAU/E de acordo com a portaria GM/MS nº2048/02

<i>Item</i>	<i>Especificação</i>	<i>item</i>	<i>Especificação</i>
1	aspirador de secreção	13	gerador de energia elétrica
2	bolsa autoinflável (ambú) adulto infantil	14	glicosímetro
3	bomba de infusão com bateria	15	laringoscópio infantil/adulto c/e lâminas
4	cilindro de O2 portátil e rede canalizada de gases	16	maca com rodas e grades
5	desfibrilador com marca passo externo	17	monitor cardíaco
6	eletrocardiógrafo	18	negatoscópios nos consultórios
7	equipamentos de proteção individual	19	oftalmoscópio
8	esfigmomanômetro adulto/infantil	20	otoscópio sem espelhos adulto/infantil
9	espelho laríngeo	21	oxímetro de pulso
10	Estetoscópio adulto infantil	22	respirador mecânico adulto/infantil
11	foco cirúrgico com bateria	23	serra de gesso
12	foco cirúrgico portátil	24	sistema de telefonia e de comunicação

Na tabela 9 estão relacionados o número de itens materiais e equipamentos verificados nas diferentes Unidades e a respectiva percentagem, considerando os parâmetros da portaria de referência. Foi observado que as Unidades possuem em média 24,25 (56,39%) dos itens materiais e 11,75 (48,95%) dos equipamentos previstos na Portaria de referência.(gráfico I).

Tabela 9 – Avaliação comparativa das quantidades dos itens de materiais e de equipamentos disponíveis nas UNHAU/E e as previstos na portaria GM/MS nº2048/02

Unidades	Itens de materiais	% dos itens materiais do total previsto pela portaria	Itens de equipamentos	% dos itens equipamentos previsto pela portaria
CAIS Bairro Goiás	23	53,48%	11	45,83%
CAIS Amendoeiras	25	58,13%	13	54,16%
CAIS Finsocial	25	58,13%	10	41,66%
CAIS Curitiba	24	55,81%	13	54,16%
Média	24,25	56,39%	11,75	48,95%
Total de itens previstos pela Portaria	43	100%	24	100%

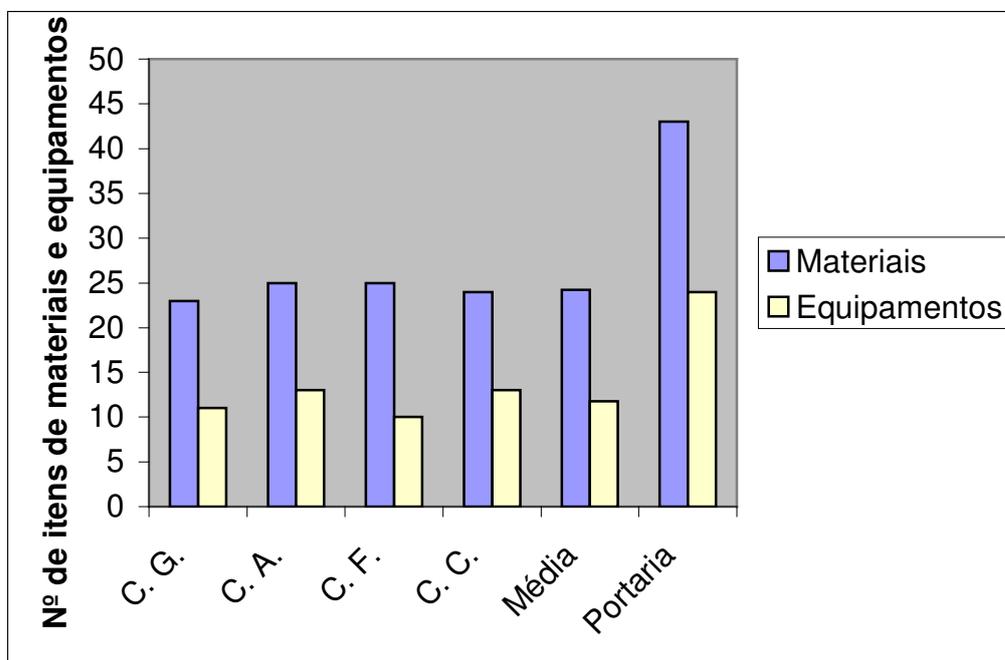


Gráfico 1 – Quantidades de Itens de materiais e equipamentos presentes nas UNHAU/E e as previstas na portaria GM 2042, de 05 de novembro de 2002

Dos equipamentos relacionados pela portaria, foram destacados aqueles considerados essenciais para ressuscitação e estabilização da vida. Assim foram selecionados 10 equipamentos/materiais necessários aos atendimentos de urgência relacionados a suporte ventilatório, cardiocirculatório, procedimentos cirúrgicos e atendimento ao trauma(tabela10)

Dentre os 10 itens considerados importantes para manutenção e/ou estabilização da vida duas unidades não apresentaram nenhum.

Tabela 10 – Relação de equipamentos considerados essenciais para dar sustentação ao processo de ressuscitação e estabilização da vida por unidade de saúde

Equipamentos selecionados	UNIDADES			
	<i>Amendoeira</i>	<i>Curitiba</i>	<i>Finsocial</i>	<i>Goià</i>
Respirador	NÃO	Não	NÃO	NÃO
Eletrocardiógrafo	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Glicosímetro	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Oxímetro de pulso	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
bomba de infusão c/ bateria	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
monitor cardíaco	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
Desfibrilador com marca passo externo	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
foco cirúrgico	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Material para cricotiroidostomia	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Conjunto de colares cervicais (P,M,G)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Total de itens presentes	30%	40%	0%	0%

7.4.1 Medicamentos

Dentre os 82 medicamentos previstos pela Portaria GM n° 2048, de 05 de novembro de 2002, foi realizada uma verificação da presença/ausência representada na tabela 11 e gráfico 2. Foi observado que as Unidades têm em média apresenta 48 (55,48%) dos itens de medicamentos previstos pela Portaria de referência.

Tabela 11 – Quantidade de itens de medicamentos presente nas UNHAU/E e a prevista na Portaria GM n° 2048, de 05 de novembro de 2002

Unidades de Saúde	Medicamentos	% de medicamentos em relação à portaria
CAIS GOIÁ	36	43,90%
CAIS AMENDOEIRAS	59	71,95%
CAIS FINSOCIAL	48	58,53%
CAIS CURITIBA	39	47,56%
média	48	55,48%
portaria	82	100%

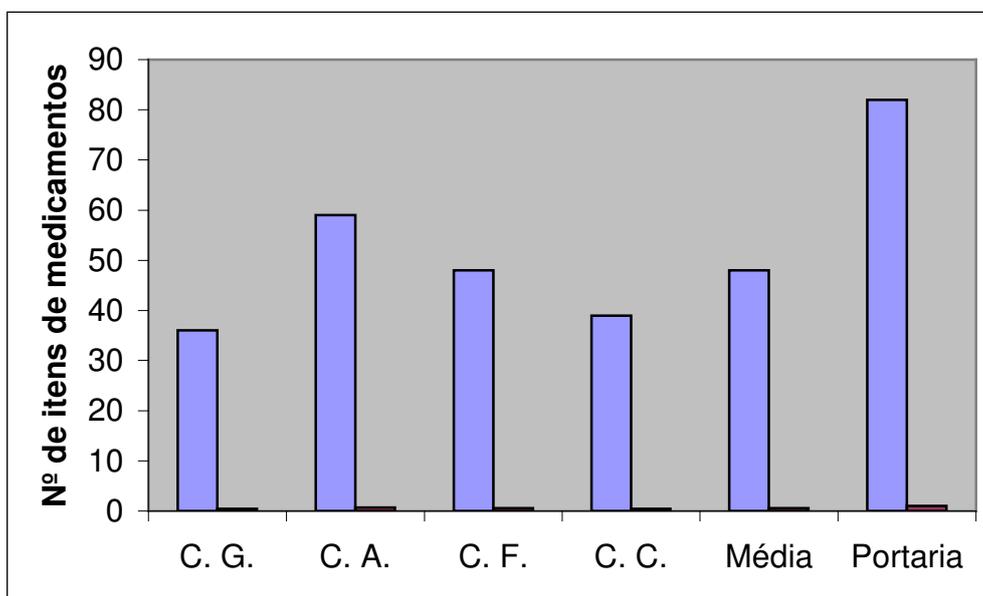


Gráfico 2. Quantidade de itens de medicamentos por UNHAU/E avaliada e a prevista na Portaria GM 2048 de 5 de novembro de 2002.

7.5 - ESTRUTURAÇÃO DA GRADE DE REFERÊNCIA

Os gerentes informam que todas as UNHAU/E possuem retaguarda de maior complexidade previamente acordada, porém sem regulação. As referências e contra referências para as UBS são realizadas sem sistematização e não foi apresentada a grade de referência.

7.6 - TRANSPORTE/ VEÍCULO

O transporte para os casos mais graves, através é feito por meio do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), operacionalizado pelo Corpo de Bombeiros e todas as Unidades contam com uma ambulância de transporte (Tipo A) na classificação da portaria.

7.7 – CUIDADOS COM O PACIENTE

Os gerentes referem que em todas as UNHAU/E são fornecidas explicações verbais aos pacientes e familiares, quando necessário, sobre sua doença e os procedimentos diagnósticos terapêuticos propostos para o seu cuidado. A transferência para outros serviços da rede, quando necessária é feita por meio da referência e contra-referência. Não existem dados desta movimentação. Os gerentes informaram em duas Unidades há existência de alguns protocolos clínicos implantados, mas não foram apresentados.

7.8 ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DEPOIMENTOS DOS GRUPOS FOCAIS

7.8.1 - Análise do Conteúdo dos Depoimentos Obtida no Grupo Focal com os Gerentes

O Pronto Atendimento (PA) é visto como um componente da rede assistencial que garante acesso e acessibilidade aos demais serviços de saúde. Todavia, segundo os gerentes há sobrecarga assistencial determinada pela falta de estruturação e o descrédito do PSF: - *“a cultura da população é a medicação, não acredita em outros programas”*

Na avaliação referente aos recursos humanos os gerentes apontam a categoria médica como o nó crítico. Foram registradas as deficiências de formação em função da dissonância entre o perfil do egresso e as necessidades das Unidades e a falta de capacitação decorrentes da baixa adesão dos profissionais ao programa de educação continuada: - *“Há dificuldade de encaminhar o médico para capacitação”. “Há grande dificuldade do perfil do profissional que não é um perfil de saúde pública é uma pessoa da área curativa”, “As faculdades deveriam começar nas comunidades”, “médicos se recusam a suturar e drenar abscesso”.*

Os gerentes ainda apontam a falta de motivação e as dificuldades deste profissional aceitar a gerência da enfermagem: - *“Médico não aceita enfermeira ser gestora deles”.*

Nestes depoimentos ficam registrados o dualismo-assistência/prevenção e promoção no processo de formação profissional e seus reflexos na assistência e na gerência; a falta de clareza acerca da missão das UNHAU/E por parte dos médicos e dos gerentes e o conflito das corporações como fator limitante para a gestão.

O descompasso entre a organização da PA e o perfil epidemiológico da região de abrangência torna-se explícito para uma das unidades: - *“o grande entrave é a falta de RX e ortopedista no atendimento noturno, de 10 pacientes, 05 é de ortopedia”.*

As dificuldades de transição do velho modelo assistência à saúde para o SUS aparece no processo de municipalização de trabalhadores com vínculo

estadual: *“O profissional não assume a unidade porque passou para o Município e eles são do Estado/MS”*.

Os gerentes apontam a necessidade de organização da rede assistencial, por meio de estabelecimento de pactos entre os diferentes componentes assistenciais, os Municípios da região de abrangência e o Estado, assim como a ordenação do sistema, traduzidos pelas frases: *“as unidades de emergência estão sendo pactuadas”* e *“faltam pactos com as cidades vizinhas”*

Dentre as estratégias existentes de enlace entre os diferentes componentes da rede há indício de sistematização da contra referência: *“O Cais já está redirecionando para o PSF”*. Ainda, apontam ações do comitê gestor de urgência no sentido de implantar o pré-hospitalar móvel e a regulação médica quando afirmam que o *“comitê gestor propõe colocar central de ambulância, sistema integrado de atenção ao trauma e emergência (SIATE) e disponibilizar o número 192”*

Há sobrecarga assistencial nos PA.. Segundo os gerentes os usuários buscam o serviço pela garantias de acessibilidade à assistência farmacêutica imediata: - *“Na urgência tem medicação, já toma uma injeção”. No ambulatório tem que comprar remédio e o usuário acredita mais em injeção”*

A relação dos profissionais do PA, com os usuários, é conflituosa e há perspectiva de melhora por meio da implantação de estratégias de humanização.

Os gerentes relatam evolução na interface com os Conselhos Locais de saúde; da postura fiscalizatória para participante do processo de organização das Unidades. A relação dos gerentes, com o CMS, é indireta por meio dos representantes dos Distritos Sanitários que por sua vez atuam com base em agendas formais.

As necessidades de adequação arquitetônica, de abastecimento e de recursos humanos, das UNHAU/E faz parte do consciente coletivo dos gerentes com apontamento de acúmulo de práticas diversas no mesmo espaço: - *“necrotério, ECG e curativo funcionam na mesma sala”*; *“há falta de apoio diagnóstico”* (Laboratório e RX). O abastecimento e a manutenção são precários, com *“falta de material de insumos e medicamentos”*.

Uma das Unidades não conta com enfermeira e técnico de RX nas 24 horas. A assistência farmacêutica não se dá nas 24 horas e é interrompida nos

finais de semana. O arquivamento dos prontuários se dá pela data de nascimento e são acondicionados em local improvisado:- *“Uma pessoa precisou fazer processo de aposentadoria e os arquivos tinham sido queimados”*.

Em que pese às adversidades estruturais e de processo há um esforço para manter a atividade assistencial e segundo um gerente, *“A estrutura deixa a desejar, mas a coisa acontece.”*

7.8.2 – Análise de Conteúdo dos Depoimentos do Grupo Focal com o Conselho Municipal de Saúde

Para o CMS as UNHAU/E têm a atribuição assistencial de prover o tratamento sintomático: - *“É um serviço voltado para resolução da dor!”*. Para um conselheiro as urgências devem ser abordadas em hospitais de complexidade elevada que no caso é de responsabilidade do Estado. Todos os conselheiros apontam a deficiência na estrutura física, material, recursos humanos, insumos e medicamentos das UNHAU/E. Ademais, consideram que as Unidades são superlotadas pela ausência destes serviços na região metropolitana de Goiânia.

O CMS trabalha com a percepção das demandas assistenciais sem amplo conhecimento dos seus determinantes e possibilidades. A discussão sobre referência e contra referência é ainda elementar, com poucas informações sobre organização das unidades e as diretrizes ministeriais voltadas para adequações destes serviços.

Um conselheiro referiu ter conhecimento da proposição do SAMU, mas não tem qualquer informação acerca do projeto. O CMS tem conhecimento sobre discussão que está sendo realizada entre o Distrito Sanitário e Secretaria Estadual de Transporte com objetivo de garantir acesso às Unidades por meio de transporte coletivo.

O problema dos fluxos intermunicipais surge como um fator importante para as dificuldades das UNHAU/E: *“Outra questão que dificulta o atendimento das urgências e emergências é que não existe este atendimento nos lugares onde chamamos de grande Goiânia”*. *“Não existe pronto atendimento nas cidades*

maiores do entorno de Goiânia, dando sobrecarga ao Município de Goiânia para urgência”.

A concepção de que a atenção integral às urgências deva estar centrada nos Hospitais ainda está muito presente entre os conselheiros, como se observa nestes depoimentos:- *“O HUGO é o que tem de mais importante para Goiânia e Estado”; “A demanda de urgência não é alta e o HUGO está atendendo mesmo”.*

O CMS parece atuar por demanda, pelo senso comum e assim limita suas prerrogativas para o exercício do controle social:- *“Nós temos papel de gestão, de controle, mas foge a principal entrada de urgência e emergência, o que não temos nenhuma informação”; “Na verdade o que o conselho faz é aprovar o plano de gestão. Com certeza numa percepção de ponta e não de serviço, a urgência não deve estar extrapolada, porque não chega muito casos; “Os PA não são tão procurados pela população, porque vão tudo para o HUGO.”*

A relação dos trabalhadores das UNHAU/E com o usuário é conflituosa. É atribuída à fila, ao estresse, à dor, e à sobrecarga de jornada dos profissionais que tem mais de um emprego, necessitando portanto de um policial para garantir segurança do profissional de saúde. O encaminhamento indesejado e a necessidade de referência e contra referência após atendimento nas UNHAU/E também são fontes de conflito como se percebe neste depoimento:- *“Esta relação é conflituosa mesmo. Quando o paciente chega ao PA na condição de urgência e há necessidade de referência e contra-referência e um agendamento, isto é deficiente - o profissional acha que no ato do atendimento se encerra a sua necessidade”. A marginalização do atendimento às urgências é emblemática neste depoimento. “A relação é diferente no programa de humanização da SMS que começa no acolhimento e termina na resolutividade ao seu problema e aí entra o aspecto da referência e contra-referência - não temos enquanto Conselho Municipal de Saúde conhecimento da referência e contra-referência na urgência”.*

O CMS reconhece que não se estabelece vínculo entre o usuário e o SUS no âmbito de atuação das UNHAU/E, e tampouco este espaço se organiza para redirecionar a demanda indesejada para outros serviços da rede assistencial *“Se a pressão arterial está aumentada é atendido, medicado e pronto”, “A orientação é inexistente principalmente no caso de urgência/emergência. De um*

modo geral, tem várias patologias que o médico que está atendendo sabe que há outros atendimentos e não encaminha”.

Segundo os conselheiros, “A cultura organizacional da sociedade e do SUS são fatores que dificultam o controle social, a demanda para urgência é alta e o HUGO está atendendo mesmo”. “Não tem ainda cultura produzida de SUS para trabalhador e usuários, são trabalhos separados, e o trabalhador vê o gestor como patrão”. “O usuário tem visão clientelista, os políticos passam as pessoas na frente, isto tenho denuncia no conselho, então tem todo este processo e a população aceita”; “O usuário ainda continua sendo vítima de estorção dos prestadores que é feita em cima de lucro:- faço o exame, mas tem que pagar 50 reais” .

Em relação as perspectivas de adequação, o CMS tem debatido com os prestadores estruturação da rede para garantir os mecanismos de referência e contra-referência. Um depoimento referentes às filas demonstra a representação feita pelos trabalhadores em relação aos usuários da UNHAU/E. “Em relação as filas, penso que possui momentos pela concepção do processo de saúde, funcionários disseram que no caso de dias chuvosos, as unidades esvaziam em torno de 70%, daí penso que concepção é esta que no dia frio ou no dia que chove, não existe doença e no outro dia que não chove se tiver 30 médicos não tem para todos”.

8. DISCUSSÃO

O presente trabalho é produto da análise de alguns aspectos da política de saúde para a atenção às urgências, tomando como base a comparação entre uma realidade avaliada no município de Goiânia e a PNAU. Assim, por meio do conhecimento da organização assistencial das UNHAU/E e da percepção que os gerentes e os conselheiros do CMS têm acerca da atribuição e do desempenho dessas Unidades junto ao SUS, faz-se uma tentativa de identificar os prováveis determinantes que influenciam a configuração destes serviços e sua participação na rede assistencial vigente. Estas informações, quando cotejadas com as diretrizes e os princípios do SUS e a PNAU podem subsidiar gestores, gerentes, trabalhadores, educadores e usuários na tomada de decisões.

As limitações metodológicas, referentes a aplicação dos instrumentos de avaliação, sobretudo na duração e no número de encontros dos grupos focais, bem como na coleta dos dados de produção, baseada em sistema de informações com dificuldade de abastecimento, devem ser consideradas no processo de análise crítica e discussão dos resultados.

A proposta de trabalho partiu do pressuposto que as condições estruturais melhoram as condições organizacionais, o desenvolvimento profissional e a qualidade da oferta de serviços (Donabedian, 1988). Assim, neste trabalho avaliou-se a organização assistencial dos UNHAUE, na perspectiva de um componente participante de uma rede assistencial integrada, hierarquizada e dotada de capacidade resolutiva para atenção às urgências no patamar previsto na PNAU.

Não há a pretensão de se travar um debate dialético sobre a forma da rede assistencial, se piramidal hierarquizada ou horizontal integrada a partir da atenção básica, como tem sido feito (Mendes, 2002). As duas representações de forma da rede assistencial satisfazem, desde que considerem a atenção básica como um componente ampliado e ordenador da rede assistencial, dotada de tecnologia material e capacidade cognitiva para resolver grande parte dos problemas de saúde da população, bem como de atuar como centro de comunicação para os outros pontos da atenção à saúde (Starfield, 1992, Santos, 2002).

A distância entre o discurso acerca das atribuições e possibilidades e as práticas efetivamente desenvolvidas na atenção básica podem ter pavimentado o

conceito equivocado de que neste âmbito de atuação a complexidade é menor em relação aos níveis de atenção secundária, terciária e quaternária. Esta visão no meio universitário e entre gestores, trabalhadores e população pode, dentre outros fatores, ter contribuído para o desenvolvimento aquém do esperado da resolutividade da atenção básica em nosso meio (Santos, 2002a) e, conseqüentemente, das UNHAU/E estudadas.

A significação de condição aguda e crônica e os processos de formação e habilitação profissional dos que lidam com as urgências podem ter reforçado os desvios na organização da atenção às urgências nas UNHAU/E. Na condição aguda, a manifestação é abrupta, a causa é freqüentemente apontada, o diagnóstico e o prognóstico são geralmente precisos, as intervenções são usualmente efetivas e o resultado do tratamento leva, freqüentemente, à cura. Por outro lado, na condição crônica agudizada as causas são múltiplas e modificam-se ao longo do tempo, o diagnóstico e o prognóstico são incertos, as intervenções usualmente não são decisivas e o resultado não é a cura, mas o cuidado (Mendes, 2000). Essas condições, apesar de singulares no seu manejo, são demandas freqüentes para as UNHAU/E, com o agravante de que a lógica de organização do serviço tem sido a da abordagem fragmentada que pode atender, em parte, o cuidado da condição aguda, mas não cobre as necessidades das condições crônicas agudizadas que requerem a cooperação de serviços integrados .

Um dos problemas centrais da crise dos sistemas de serviços de saúde modernos consiste no enfrentamento das condições crônicas e das suas agudizações na mesma lógica das condições agudas, por meio de recursos destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos autopercebidos pelas pessoas, mediante busca da atenção por demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ou das portas hospitalares de urgência (Santos,2000 e Tannebaum et al.; 2001). O desconhecimento das necessidades de atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos, determina a evolução insidiosa das condições crônicas. O mais dramático é que as pessoas valorizam e desejam este sistema voltado para atenção às condições agudas do qual são vítimas (Dalmaso, 2000, Mendes, 2002).

O conhecimento do contexto histórico da implantação dos serviços de atenção às urgências e das concepções para a organização da atenção básica,

que hoje de certa forma abriga a gestão das UNHAU/E, provavelmente, auxiliem na ampliação da compreensão dos resultados encontrados neste trabalho.

A alternativa encontrada pelo Estado Brasileiro para responder à demanda por atendimento de urgência, na década de 70, foi estabelecer convênios com serviços privados. Desta forma, obtinha-se a rapidez no atendimento aos casos com risco de vida e possibilitava, na época, a solução para os problemas de acesso ao Sistema de Saúde (Possas, 1981). Por outro lado, estes serviços começaram a atender casos sem urgência efetiva (Tanaka e Rosemberg, 1990) e ampliou-se a população potencialmente “assistida” com o desenvolvimento da cultura do “atendimento imediato” (Dalmaso, 1993).

A carência dos mais diversos tipos de serviços públicos tem induzido a população a considerar acesso à consulta médica, principalmente as realizadas de forma imediata, como necessidade premente e direito básico. A reivindicação de assistência médica, especialmente do Pronto Atendimento (PA) ou Pronto Socorro, tem sido aglutinadora de movimentos sociais na periferia de grandes centros urbanos (Nunes et al, 1991)

Pelas suas características e importância assistencial, com a regulamentação e normatização do SUS, os gestores tem sido induzidos a desenvolver esforços no sentido de que cada município, sede de módulo assistencial, disponha de, pelo menos uma UNHAU/E, garantindo assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência (Brasil, 2002).

O PA como uma modalidade de atenção à saúde integrada não só as diversas áreas da prática clínica, mas também as ações de controle de riscos e de promoção geral da saúde, pode ser relativamente eficaz. Todavia, quando se hipertrofia como a forma principal de assistência médica, sua eficácia reduz-se bastante, uma vez que não é dada às pessoas, a garantia de acompanhamento de suas afecções, especialmente as mais crônicas, além das informações e atividades para a promoção da saúde. A baixa potencialidade do PA como instrumento isolado de impacto nas condições de saúde da população torna-se maior quando há escassez de leitos hospitalares, falta de retaguarda para

seguimento ambulatorial das doenças crônicas e não está garantido acesso aos medicamentos (Dalmaso, 2000).

A produção assistencial dos UNHAUE estudadas e o padrão de atendimento centrado na queixa-conduta, sem a devida sistematização da contra-referência para a atenção básica, comprometem a missão destas Unidades. As deficiências estruturais afetam a capacidade de controle de risco e a falta de redirecionamento dos usuários não contribui para o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção e tratamento programáticos. Conseqüentemente, o desenvolvimento e a resolubilidade da rede assistencial ficam prejudicados.

Tal como ocorria no Sistema Previdenciário, as condições concretas de vida da população e a falta predominante de assistência médica ainda são determinantes da forma dos serviços hoje dominantes. Desta forma, cuida-se dos sofrimentos conforme eles aparecem e adquirem significado, valorizando-se a consulta médica como momento privilegiado de atendimento, a qual agrega-se o consumo de exames diagnósticos e medicamentos (Possas, 1981).

A oferta de consultas e medicamentos das UNHAU/E é o que determina, segundo o depoimento de gerentes e conselheiros, o valor social deste componente da rede assistencial. É neste componente da rede assistencial que se garante o acesso e a acessibilidade à resolução da dor e enfim, o tratamento medicamentoso dos sintomas. Nessas condições, o atendimento potencialmente imediato as queixas não só agudas e urgentes, mas a uma variedade de problemas, enquanto forma de lidar com as necessidades de saúde, pode, quase que exclusivamente responder a expectativa já socialmente valorizada de “passar no médico” (Dalmaso, 2000). Assim, o processo assistencial no PA está centrado no trabalho da categoria médica, e na medicalização dos problemas de saúde. Desta forma, para o desempenho destas atribuições, a cobertura diuturna das UNHAU/E com médico e auxiliar de enfermagem parece ser suficiente, visto que são as únicas categorias vinculadas a assistência garantidas nas 24 horas em duas das UNHAU/E avaliadas, persistindo valores do velho modelo assistencial.

A perspectiva de adequar a oferta de serviços e orientar a demanda mediante organização do acolhimento com triagem classificatória de risco e a melhoria da resolutividade da assistência com inclusão de procedimentos de suporte avançado à vida e exames complementares é que poderia justificar a

incorporação de outros profissionais ao quadro de recursos humanos para integrar a prática das UNHAU/E à rede assistencial.

Por outro lado, existem elementos que apontam limitações importantes relativas à categoria médica e os usuários para romper com o velho modelo assistencial. Na avaliação dos gerentes, os médicos não têm perfil para o cuidado integral e para atuar nas UNHAU/E e a população busca produtos tangíveis como remédios e injeção. Nesta linha os depoimentos dos gerentes são emblemáticos: *“Há dificuldade de encaminhar o médico para capacitação”*; *“A faculdade deveria começar na comunidade”*, *“O médico se recusa a suturar e drenar abscesso e a população busca a medicação”*: *“Na urgência tem medicação, já toma uma injeção”*. *“No ambulatório tem que comprar remédio e os usuários acreditam mais em injeção”*

Os depoimentos iniciais refletem a dissonância entre as ações do aparelho formador de recursos humanos, a proposta e as necessidades de organização da atenção do SUS, e nos remete à discussão sobre distanciamento existente entre a universidade e os serviços, sobretudo os de urgência (Campos,1999, Santos et al,1999; Santos, 2002a; Santos, 2003).

Historicamente, as escolas médicas se desenvolveram junto a grandes hospitais e mesmo após a implantação do SUS continuaram atuando e formando os profissionais com a mesma lógica. Em avaliação das modalidades de serviço de saúde para a formação dos alunos de medicina, por meio de levantamento da carga horária curricular transcorrida em 14 faculdades públicas ,encontrou-se que 86% dos estágios práticos ocorriam em serviços pertencentes aos próprios hospitais universitários. Destes, 46% eram realizados em uma das quatro áreas básicas ou raízes e 40% em unidades especializadas. Portanto, apenas 14% do treinamento se passavam em espaços externos às faculdades isto é, postos ou centros de saúde, hospitais-dia, equipes de saúde pública ou de internação domiciliar, dentre outros (Campos, 1999). No período de 1985/96 o número de vagas em programas de residências médicas, nas quatro especialidades básicas (clínica médica, pediatria, cirurgia geral e ginecologia e obstetrícia) cresceu 45%, enquanto nas áreas de medicina geral e comunitária e medicina preventiva houve um decréscimo (Fundap,1999). As Secretarias Estaduais são responsáveis pelo financiamento de 50% das bolsas de residência médica no País mas, não utilizam

esse instrumento proativamente, como forma de indução das políticas públicas de saúde, limitando-se a atender às demandas das universidades (Feuerwerker, 2001)

O deslocamento das atividades didáticas e assistenciais dos hospitais universitários para os outros componentes da rede assistencial, embora induzido pelo SUS, não tem sido fortalecido pelas escolas médicas. Assim, os profissionais egressos não têm a dimensão das responsabilidades e das possibilidades assistenciais da atenção primária e, em particular, das UNHAU/E. Deve ser enfatizado que neste curto período de estruturação do SUS, a academia, provavelmente, por não ter participação de práticas assistenciais extra-muros, tem sistematicamente, desqualificado a produção assistencial da atenção primária (Santos, 2002a) o que, dentre outras causas, contribui para uma aparente apatia e desencanto dos profissionais que atuam nos serviços de atenção pré hospitalar fixa e, em particular nas UNHAU/E.

O PA, em geral, responde a demanda por atendimento imediato do usuário centrando na conduta médica para a queixa principal ou o motivo da consulta ou na forma mais expressiva e jocosa da “queixa do dia” (Dalmaso, 1993). O médico investiga o problema de forma sucinta, por meio de Anamnese mínima e exame físico dirigido. Enquanto o tempo de consulta (contato médico paciente) é restrito, a relação número de exames subsidiário/consulta, quando disponíveis, tem sido crescente, não só para completar a investigação da doença, mas também, às vezes para satisfazer as necessidades complexas do usuário. Concluída a investigação, o médico formula um diagnóstico com frequência sindrômico correspondente a um instante fotográfico. A hipertrofia da queixa evidencia o deslocamento do diagnóstico para o tratamento (Mendes Gonçalves, 1994). Como a estrutura assistencial das UNHAU/E está comprometida e há falta ou insuficiência dos suportes laboratorial e radiológico, há baixa resolutividade dessas Unidades. Assim, há elevação das taxas de encaminhamento para as portas hospitalares de urgência. Como observado neste trabalho, 03 Unidades avaliadas encaminham mais de 3% da demanda atendida para internação. Ademais, deve ser lembrado que se a população, tal como os conselheiros do CMS, identificam a UNHAU/E como local para tratamento sintomático, muitos pacientes podem estar procurando os hospitais diretamente.

A ênfase no tratamento sintomático e paliativo, onde a centralidade da abordagem são os sintomas e a medicação, não abre espaço para a busca dos determinantes biomédicos, sociais e subjetivos das urgências (Jacquimo,2002), não induz a revisão do processo de trabalho e das ofertas assistenciais e portanto não cria demanda para a adequação arquitetônica e tecnológica das UNHAU/E. Em que pese o diagnóstico das deficiências da organização assistencial das UNHAU/E e do seu descompasso em relação aos princípios e diretrizes do SUS, não se identifica mobilização de novas competências dos grupos sociais envolvidos para a normalização do processo de trabalho adequando à demanda e a atribuição dessas Unidades perante o Sistema e a PNAU.

O afastamento da saúde e da educação da temática da urgência tem muitas evidências.

Na formulação das políticas do SUS e na elaboração das suas normas operacionais o assunto só passou a ser formalmente tratado, no âmbito do MS, a partir de 1999. No plano dos serviços, é notória a repulsa que o hospital e a atenção primária sempre nutriram pela porta hospitalar de urgência e pelo pronto atendimento, respectivamente. Estes espaços, habitualmente, são limitados do ponto de vista físico e têm um gerenciamento pouco elaborado. A nossa vivência profissional permite afirmar que dos profissionais que atuam na urgência, a minoria tem perfil adequado; os demais estão em início de carreira ou são trabalhadores com problemas na instituição empregadora, enquanto os equipamentos são, em geral, de segunda mão. A percepção que se tem é que se a atenção básica pudesse, se livraria das UNHAU/E e o hospital das suas portas hospitalares de urgência.

O não reconhecimento da urgência como área específica de conhecimento e especialidade pode ser um dos determinantes das limitações estruturais e assistenciais das UNHAUE e das portas hospitalares de urgência.

No Brasil, a atenção e a formação em urgência é de domínio multidisciplinar, diferentemente do que ocorre nos países anglo-saxônicos (Dykstra, 1997). Assim, nas universidades não existem centros de ensino ou departamentos para reflexão crítica das práticas assistenciais e produção de conhecimento, bem como organização de periódicos e eventos próprios da área.

O SUS tem adotado estratégias de atenção do modelo franco-germânico, representados pelos serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a regulação médica. As universidades e alguns serviços têm incorporado estratégias didáticas e assistenciais do modelo anglo-saxônico por meio da oferta de cursos específicos como o *Advanced Life Trauma Support* (ATLS), o *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS), o *Advanced Cardiac Life Support* (BLS), dentre outros (Tannebaum et al., 2001). Todavia, estas estratégias, sem espaços aglutinadores não garantem a educação permanente e o aperfeiçoamento dos serviços.

O pré hospitalar móvel, a regulação médica, as UNHAU/E, a porta hospitalar de urgência são *locus* próprios que não têm sido assumidos pelos gestores e aparelhos formadores. Talvez a criação da disciplina e da especialidade em urgência seja uma alternativa para o desenvolvimento das ações, da avaliação crítica e da pesquisa na área.

Um exemplo concreto de afastamento à responsabilidade da saúde em relação às urgências aconteceu na atenção pré-hospitalar móvel. A corporação de bombeiros que tradicionalmente fazia o resgate de pessoas em situações de risco, também começou a executar ações assistenciais e só recentemente, com a instituição da PNAU e a criação do SAMU, é que a saúde vem assumindo o seu papel (Brasil, 2004)

No espaço acadêmico e corporativo há poucos profissionais com cursos de especialização em urgência e vige pouco reconhecimento dos pares aos profissionais. Desta forma, tem sido freqüente os hospitais universitários fecharem os seus serviços de urgência, e as faculdades os pronto atendimentos dos centros de saúde; há de certa forma uma “terceirização” da formação em urgência dos profissionais de saúde. Assim, aquela competência e a atitude para reorientar o papel das UNHAUE, clamada aos médicos pelos gerentes das Unidades avaliadas, neste contexto de formação profissional e de organização assistencial, é quase uma utopia. Ademais, gerenciar as UNHAUE com as deficiências estruturais encontradas também indica o distanciamento da gestão e da gerência da atenção às urgências.

A implantação de serviços de recepção com organização de fluxos internos nas UNHAU/E pode expressar-se como parte de um sistema de acolhimento (Campos, 1997; Derlet et al., 1992). A atenção humanizada às

peessoas, a escuta qualificada dos problemas de saúde, a resposta sempre positiva às demandas e o redirecionamento de parte da clientela para atenção básica, no sentido de estabelecimento de vínculo com essa equipe são tarefas que podem ser realizadas ou garantidas por meio de supervisão do acolhimento. Esta dimensão organizativa com estabelecimento de referência e contra referência, e da superação das respostas constrangedoras e do tratamento sintomático tem potencial para ajudar na reconfiguração das UNHAU/E junto à rede assistencial.

A deficiência de infra-estrutura das UNHAU/E é bastante diversa. A falta de padrão arquitetônico, insumos materiais e recursos tecnológicos podem estar associados às deficiências das habilidades cognitivas e afetivas dos profissionais e gerentes, e nesta ambiência a compreensão do papel da UNHAU/E, o tratamento das necessidades dos pacientes e o auxílio à atenção primária na coordenação do cuidado integral passa a ser uma tarefa complexa.

Há também a necessidade de estruturar os sistemas logísticos como os transportes sanitários, a manutenção de equipamentos biomédicos e as centrais de regulação. O transporte sanitário abrange o fluxo de ambulâncias, de pessoas de amostras de fluidos corporais, de ocorrências administrativas e de resíduos das unidades de saúde. As centrais de regulação poderiam partir das experiências bem sucedidas que já existem no país e no exterior, articular os âmbitos municipal, microrregional e macrorregional (Tannebaum et al, 2001, Barrier, 2001 Mendes, 2002; Santos,2002;). A configuração de uma rede assistencial cooperativa com suas referências municipais, microrregionais e regionais e com fluxo regulado e apoiado pelo SAMU, amplamente difundido junto à população, melhora a resolutividade da atenção básica e das UNHAU/E, reduz significativamente a demanda para as portas hospitalares de urgência, humaniza e qualifica o atendimento (Santos, 2002; Darlet et al, 1992; Labarere, 2003)

O trabalho desenvolvido nas UNHAU/E apresenta uma série de questões para o profissional médico. Este agente orienta sua atividade por meio de informações adquiridas durante o curso médico e que são atualizadas por meio de literatura especializada. Estes cursos de atualização, pelas suas próprias características formais estão mais próximos da produção do conhecimento do que do trabalho com indivíduos concretos, o que exige uma série de mediações para responder à complexidade da prática (Dalmaso, 1991). Fazer uma consulta médica

no PA, com diagnóstico terapêutico em um único atendimento, em geral no intervalo de quinze minutos e para um paciente quase desconhecido, com outras comorbidades e que tem expectativas e necessidades não claramente explicitadas, não é exatamente o que a escola ou a literatura ensinam (Schraiber, 1993).

Os médicos tendem a sentir-se não motivados por este trabalho, quer pela valorização da prática liberal, alimentada pelo ideário médico (Donnangelo, 1975) quer pela baixa complexidade aparente dos casos, quer ainda pela pressão da demanda e pela não vinculação do paciente.

O descompasso entre as expectativas dos gerentes e o desempenho dos médicos está exposto nos depoimentos dos gerentes que apontam a dificuldade de encaminhamento do profissional para capacitação, o perfil para lidar com as demandas coletivas e a insubordinação à gerência exercida por outra categoria. Nessa perspectiva destaca-se a baixa capacidade de governo e de governabilidade dos gerentes das UNHAU/E (Matus,1993), bem como a importância de sensibilizar e capacitar os médicos , considerando-se que estas Unidades depende, em grande medida desses profissionais para a obtenção de bons resultados (Artman et al ,1997)

Apesar do caráter normativo do SUS e da PNAU, na configuração da rede assistencial e do papel das UNHAU/E, a contribuição de outras experiências (Artmann et al, 1997, Santos,2002a) e os achados deste trabalho reforçam a diversidade de racionalidades que permeiam estas unidades A partir dos usuários, trabalhadores e gerentes, e a necessidade dos gestores e gerentes criarem condições para o aparecimento e o desenvolvimento de grupos mais orgânicos em torno de problemas institucionais relevantes.

A avaliação rotineira do trabalho desenvolvido nas UNHAU/E restringe-se quase exclusivamente, à quantificação da produção do serviço. O boletim de produção serve muito mais aos compromissos “externos” do serviço, na sua relação com os níveis superiores da administração, do que a análise dos dados para organização de funcionamento da unidade. Esses indicadores não são utilizados para readequar as atividades e responder as necessidades da saúde da população a que se presta assistência ou para reformular o conteúdo do trabalho, visando equacionar os meios e as finalidades (Sala et al,1993). Neste trabalho, a correlação fortemente positiva entre a avaliação quantitativa dos equipamentos

materiais e medicamentos e a avaliação qualitativa da escassez funcional apontada por gerentes e conselheiros parece mais uma constatação que a verificação dos indicadores não tem induzido à tomada de decisões.

Os equipamentos presentes nas UNHAU/E totalizam em média 48,95% do total do previsto, enquanto os medicamentos representam 55,48% dos previstos na Portaria Ministerial. Ademais dentre os equipamentos considerados essenciais à preservação e à estabilização da vida, apenas 30 e 40% do previsto estão disponíveis em duas Unidades, enquanto estão completamente ausentes nas outras duas remanescentes. Assim, o trabalho clínico nas UNHAU/E é reduzido, e dado às dificuldades de exploração dos seus conteúdos, o médico, em geral, trabalha segundo seus próprios critérios diagnósticos e terapêuticos. Constata-se o domínio de uma prática de improvisação sobre o planejamento, com dificuldade de processar problemas vivenciados nas Unidades (Matus,1993, Artmann et al,1997).

As UNHAU/E e as portas hospitalares de urgência, como já enfatizado, são serviços marginalizados pelos estabelecimentos de saúde que os abrigam. As UNHAU/E padecem da falta de enfrentamento dos condicionantes das suas dificuldades pelos gestores, gerentes e trabalhadores. A porta hospitalar de urgência também sofre com o isolamento das demais dependências do hospital. Entretanto, a história da organização assistencial, no país, e as políticas de investimento na configuração da rede assistencial e na formação de recursos humanos , têm contribuído para a perpetuação destas dificuldades.

A precariedade da estrutura e a falta de itens relativos aos medicamentos, materiais e equipamentos é flagrante tomando como base as normas da portaria GM/MS nº 2048/02. A falta de recursos considerados essenciais e potencialmente utilizáveis para a ressuscitação e estabilização de pacientes críticos em duas das quatro UNHAU/E estudadas denota a baixa capacidade de mobilização e cooperação entre gerentes e trabalhadores. A impressão é que se cristalizaram dois segmentos hegemônicos: os médicos e os gerentes com baixa perspectiva de planejamento e execução compartilhadas, enquanto os auxiliares/técnicos de enfermagem e os médicos tentam cobrir a dimensão biomédica da urgência. Os achados além de demonstrar a limitação gerenciais e dos gestores para garantir minimamente o cuidado biológico, trazem poucas possibilidades de revisão de práticas, apenas pela introdução de novos

recursos assistenciais e da triagem classificatória de risco. A ampliação da resolutividade e a adequação do ambiente para exercício de ações humanizadoras demanda a revisão do modelo de gestão e gerência. É imprescindível que os profissionais superem a barreira da rigidez administrativa e reformulem sua prática, revendo o processo de trabalho, reavaliando instrumentos de administração historicamente utilizados, superando preconceitos em busca de alternativas, enfim, redefinindo o seu papel em estreita sintonia com a missão e os projetos institucionais (Castro, 1999).

As deficiências arquitetônicas e de equipamentos, materiais e medicamentos das UNHAUE podem ser considerados como problemas estruturados e talvez possam ser tratados segundo modelos determinísticos de análise, pois se conhecem todas as variáveis intervenientes e suas formas de articulação. Por outro lado, a definição da missão da UNHAUE no SUS os seus processos assistenciais, os conflitos corporativos, os recursos humanos, a relação com os usuários, devam ser abordados como problemas quase estruturados ou não estruturados que só podem ser tratados a partir de modelos probabilísticos e de intervenções criativas, já que fazem parte de situações de incerteza quantitativa e/ou qualitativa, nas quais não se podem enumerar todas as variáveis envolvidas e seus respectivos pesos na geração do problema (Matus, 1993).

As UNHAUE são organizações de saúde com grande dependência dos profissionais médicos para execução das suas atividades finalísticas. As decisões, em grande parte, dependem de julgamento profissional. O poder em organizações deste tipo advém essencialmente dos médicos, sendo conseqüência da perícia e não da hierarquia. Neste contexto, o papel dos gerentes é mais limitado para coordenar ou normalizar o trabalho profissional. Além disso, destaca-se o desafio de integração da dupla estrutura, profissional e administrativa no sentido do compromisso com os objetivos organizacionais (Mintzberg, 1989).

A estas discussões, somam-se as dificuldades com a complexidade dos problemas de saúde (Sá, 1993; Sá & Artmann, 1994). As UNHAUE lidam com doenças com fortes determinantes ou desdobramentos sociais e econômicos. As diferentes formas de representação, valoração e compreensão dos problemas de urgência pelos diversos grupos sociais envolvidos, incluindo a população,

constitue-se num dos principais desafios, e remete a necessidade de articulação das diferentes racionalidades envolvidas no processo de planejamento.

A partir desta compreensão evidencia-se a particularidade da distribuição de poder nas organizações de saúde, onde os profissionais jogam importante papel em sua dinâmica. Como consequência, torna-se claro que as estratégias gerenciais devem incluir processos participativos de negociação e comunicação intensa com os diversos grupos internos (Azevedo, 1995).

A adoção do estilo participativo pode facilitar o envolvimento de pessoas capazes, mas sem vontade. Ao levar essas pessoas a compartilhar o processo decisório, este estilo ajuda a melhorar o desejo de desempenhar a tarefa (Chiavenato, 2004).

A consciência coletiva dos problemas de natureza cognitiva dos agentes sociais envolvidos com as UNHAUE e dos problemas da esfera organizativa representam oportunidade para a busca de alternativas de gestão. A gestão participativa pode facilitar a negociação, aliviando o estresse e os conflitos organizacionais (Chiavenato, 2004a)

Um dos problemas mais críticos, decorrente da descentralização do SUS, foi a configuração de um processo de municipalização autárquica. Assim, houve uma fragilização das secretarias estaduais de saúde e, é impossível imaginar que as políticas públicas de saúde possam acontecer, de forma conseqüente, sem uma condução centralizada. Esta constatação nos remete a uma visão mais dialética do processo de descentralização do SUS que deve dar-se pela combinação de movimentos de descentralização e centralização (Mendes, 2002). A implantação das UNHAU/E, no município de Goiânia, há cerca de 15 anos, numa fase em que o SUS estava sendo instituído, mas não estava regulamentado e normatizado representa uma concepção avançada de rede e modelo assistencial. Todavia, apesar da iniciativa arrojada do Município, feita à época, sem a existência das diretrizes e dos princípios do SUS, com a antevisão de estabelecer um entreposto para a atenção às urgências entre a atenção básica e o hospital, a condução da implementação das atribuições deste componente assistencial não foi sustentada. Isso, pode significar que a implantação de uma rede de atenção à saúde e, em particular às urgências será efetiva se tiver uma

firme condução no âmbito nacional, por parte do Ministério da Saúde, e no âmbito dos estados, pelas respectivas secretarias estaduais de saúde.

Tanto UNHAU/E, como as portas hospitalares de urgência, por estabelecerem uma interface com a população desgarrada da atenção programada à saúde, têm grande poder de reorientação dos usuários junto à rede. Caso revisem suas práticas assistenciais e gerenciais, por meio da implantação do acolhimento, da triagem classificatória de risco, da gestão participativa e da adoção de protocolos clínicos e recebam os estímulos necessários para se reorganizarem do ponto de vista arquitetônico e tecnológico, podem cumprir uma atribuição relevante junto à rede assistencial.

As UNHAU/E, com o auxílio da regulação médica e do pré-hospitalar móvel, podem colaborar com a ordenação do acesso da demanda espontânea e proporcionar o enlace entre os vários componentes assistenciais do SUS. A PNAU deve ser a norteadora da implantação de novas UNHAU/E bem como do processo de reorganização das Unidades já existentes. Por sua vez, o MS deve adotar estratégias indutoras da implementação da PNAU e por meio da articulação e da harmonização das ações com as secretarias estaduais de saúde e secretarias municipais de saúde, fortalecer a regionalização e a municipalização. Esta cadeia pode contribuir para o desenvolvimento da territorialização e da hierarquização na atenção às urgências, condições essenciais para a humanização e a qualificação do cuidado nas condições atuais do sistema de saúde do país.

9. CONCLUSÕES

Com base na PNAU, nas condições metodológicas de avaliação empregada e nos resultados obtidos, conclui-se que:

1. As UNHAU/E do Município de Goiânia foram concebidas em sintonia com os princípios de descentralização e a diretriz da hierarquização das ações assistenciais do SUS, bem como as premissas da PNAU. Todavia, o cenário observado quanto a organização assistencial está muito aquém do referencial adotado, o que compromete suas atribuições em termos de produtividade e, provavelmente, da qualidade assistencial.
2. Os depoimentos dos gestores e conselheiros apontam os determinantes das dificuldades cotidianas que as UNHAU/E enfrentam para cumprir sua atribuição assistencial, com destaque para a indefinição da missão, as deficiências da formação médica e do número de profissionais, o conflito das corporações, as precariedades arquitetônicas e tecnológicas e a cultura da população. Por outro lado, a percepção que se tem é que os gestores e os conselheiros necessitam de subsídios para potencializar o processo comunicativo e trabalhar as diferentes racionalidades que perpassam pelas Unidades e assim, ampliar a capacidade de planejar para enfrentar aquelas condições que determinam as dificuldades.
3. As UNHAU/E são percebidas como referência para cuidados paliativos e tratamento sintomático das doenças na base do medicamento. Embora todas as Unidades apresentem número adequado de médicos, a capacitação é insuficiente e não há participação de outros profissionais para lidar com a multiplicidade de representação das urgências. Considerando que estas unidades estão no âmbito da atenção básica, especula-se, se este fenômeno pode ser reflexo da interpretação seletiva deste nível de cuidado, onde a oferta se resume com um conjunto de tecnologias simples, de baixo custo, provida por baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de se tornar referência para um nível de atenção com maior densidade de tecnologia e procedimentos.
4. O acolhimento com triagem classificatória de risco, os pactos de referência e contra-referência, os protocolos clínicos são iniciativas isoladas de gerentes e profissionais, sem perspectiva de sistematização, o que reflete a falta de grupos mais orgânicos para o processo de planejamento e análise estratégica perante os problemas relevantes da Unidades.

9.1 Recomendações

Com base nas conclusões recomenda-se:

1. A adoção por parte do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com base na PNAU, de medidas indutoras de implementação das UNHAU/E, com respectivo processo para investimento e custeio, visando as adequações tecnológicas, arquitetônicas, gerenciais e assistenciais destas unidades, e assim fortalecendo o seu papel na rede de atenção às urgências.
2. A reorganização do acesso da população aos serviços assistenciais na UNHAU/E a partir dos serviços do acolhimento e da triagem classificatória de risco, com o redirecionamento da demanda espontânea, sobretudo para atenção básica.
3. A ordenação do acesso aos hospitais a partir das UNHAU/E por meio do serviço de Regulação Médica/SAMU192
4. A implantação da gestão participativa no âmbito das UNHAUE, no sentido de garantir a escuta em colegiados permanentes da representação daqueles que atuam na assistência, na gestão e na gerência, assim como dos usuários destas unidades como forma de redirecionar o papel das Unidades junto ao SUS e minimizar os vieses do sanitarismo, do assistencialismo, do corporativismo e do clientelismo.
5. O estudo da viabilidade da criação da disciplina e da especialidade de urgências, por meio de discussão envolvendo a participação dos Ministérios da Saúde e da Educação, das universidades e seus hospitais universitários e dos Conselhos de Enfermagem e Medicina, no âmbito do Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, como forma de avaliar criticamente as novas práticas que têm sido incorporadas à atenção às urgências pelo SUS, e assim fortalecê-las.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTMANN, E; AZEVEDO, C. S; SÁ, M. C. Possibilidades de Aplicação do Enfoque Estratégico de Planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13 (4): 723-740, 1997.

AZEVEDO, C. S., Gestão hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro. Revista de Administração Pública, 29:33-58,1995.

BARDIN, L. Análise do conteúdo. Tradução de Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo, Edições 70, 1977.

BARRIER, G. Emergency calls in the SAMU system. C.R. Acad Sci. 324 : 663-6, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Seção II da Saúde. Brasília. DF. Senado,. 1988

_____. Lei no 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 20 Set. 1990. Disponível em www.cff.org.br/legis/leis%5Clei_8080_90.html.

_____. Lei no 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 28 de dez 1990a. www.pessoalsus.inf.br/Normas/Lei%208142_90.htm

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 824/GM, de 24 de junho de 1999. Dispõe sobre a normatização do atendimento pré-hospitalar. Brasília, DF, 24 Jun. 1999. Disponível em www.aph.com.br/2002/legislacao.asp .

_____, Presidência da República. Emenda Constitucional nº 26, de 14/02/2000. Brasília, DF, 14 Fev. 2000. Disponível em www.oficinadodireito.com.br/constituicao/ec26.htm.

_____. _____. Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000. Brasília, DF, 13Set.2000 a. Disponível em www.oficinadodireito.com.br/constituicao/ec29.htm

_____. Ministério da Saúde Portaria no 814/GM, de 01 de junho de 2001. Dispõe sobre a normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de Urgências. Brasília, DF, 01 Jun. 2001. Disponível em www.aph.com.br/2002/legislacao.asp.

_____, _____. / SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. (2002) Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/02, Portaria GM/MS nº. 373 de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Brasília, 2002

_____. Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços /Desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2002 a

_____. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência 102 p. Portaria GM/MS nº 2048. de 5 de novembro de 2002 b.

_____- _____. Política Nacional de Atenção às Urgências - Portaria GM Nº 1863, de 29 de setembro de 2003, - Brasil,2003

_____- _____. Componente Pré Hospitalar Móvel - Portaria GM Nº 1864, de 29 de setembro de 2003 - Brasil, 2003a

_____- _____. Comitê Gestor Nacional da Atenção às Urgências - Portaria GM Nº 2.072, DE 30 DE OUTUBRO DE 2003 - Brasil, 2003 b

_____- _____. Política Nacional de Atenção às Urgências – Brasília /MS, 2004. 236p;il.-(série E. Legislação de Saúde)

CAMPOS,G.W.S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Caderno de Saúde pública. 15:187-197,1999.

CAMPOS,G.W.S. Desafios para novos modelos de gestão: prioridade é fortalecer a rede básica. Temas, 15:23,1997

CAMARGO JR, K. R, MATTOS, R. A Políticas de Saúde no Brasil In Brasil, Ministério da Saúde. GHESTOS Gestão Hospitalar: Capacitação à distância em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimentos de Saúde: Módulo I Os Sistemas de Saúde e as Organizações Assistenciais? Ministério da Saúde.-Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Saúde Pública,30(3): 285-93, 1996.

CASTRO, J. Gerência de pessoal nos Serviços de Saúde: Ministério da Saúde/OPAS/UFRN. Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CA DRHU), Editora da UFRN, 1999.

CHIAVENATO, I. Estratégia Organizacional. Em: Comportamento Organizacional: A dinâmica do Sucesso das Organizações, São Paulo: Pioneira Thonson Learning, Estratégia Organizacional, p. 451-84, 2004.

CHIAVENATO, I. Estresse, Conflito e Negociação. Em: Comportamento Organizacional: a Dinâmica do Sucesso das Organizações. São Paulo. Pioneira Thonson Learning, p. 374-408, 2004a.

CONCEJO C. Evaluar la Calidad Asistencial en los servicios de urgencias. Emergencias,:9:10-13,1997

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Resolução CFM nº 1451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os prontos-socorros. Disponível em http://www.cremesp.org.br/legislacao/resolucoes/pesquisa_resolucoes.php

COSTA, W. G. A & MAEDA, S. T. –Repensando a rede básica de saúde e o distrito sanitário.Saúde em Debate,25:15-29,2001

- DALMASO A.S. O atendimento não programado: o pronto atendimento nas ações programáticas de saúde. Em: Programação em Saúde Hoje (Schraiber, LB, Og), p. 227-43, São Paulo, SP. 2ª ed., Hucitec, 1993
- DALMASO, A.S. Estruturação e Transformação da Prática Médica. Estudo de algumas das características do modelo de trabalho da Segunda metade do séc XIX e início do séc. XX. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1991.
- DALMASO, A.S. Atendimento à demanda espontânea: Pronto Atendimento e Atividades Programáticas. In: Saúde do Adulto, Programas e ações na unidade básica. Schraiber LB, Baptistello Nemes MI, Mendes Gonçalves RB. 2ª ed., Ed. Hucitec, SP, p. 151-63, 2000.
- DE NEGRI, A. ,RIBEIRO, I., BARBOSA, Z. Projeto de Atenção Integral às Urgências a partir da lógica reguladora: estratégia de atuação RBCE, (mimeo), 2001
- DERLET, R.W., WISHIO D, COLE, L.M.; SILVA Jr, J. Triage of patients out of emergency department: three-year experience. Am.J.Emerg.Med., 10(3): 195-9, 1992.
- DONABEDIAN A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA:260: 1743-1748 ,1988
- DONNANGELO, M.C. Profissão Médica e Mercado de Trabalho. Ideologia Ocupacionais. Em Medicina e Sociedade M.C. Donnangelo & L.Pereira, p. 125-74, São Paulo, Pioneira, 1975.
- DYKSTRA, H.E. International Models for the Practice of Emergence Care. Am.J.Emerg.Med., v. 15, p.200, 1997.
- GOIÂNIA, Plano Municipal de Saúde, 2004

JACQUEMOT. A ; Qu'est- Ce Qu' Une Urgence? Quelques Reflexions Sur Les Definitions Biomédicales De L'urgence Médicale; In Desêles crêdes aux sociétés plurielles, Bernabé, J, Confiant R. (DIV), Petit- Boun Ibis rouge éditions, 2000.

FEUERWERKER,L.MC.- A formação de médicos especialistas e a residência no Brasil.Saúde em Debate,25:39-54,2001

FUNDAP – Oportunidades de acesso à residência médica.São Paulo,Fundap,1999.

LABARERE, J.; TORRES, J.P.; FRANCOIS, P.; FOURNY, M.; ARGENT P; GENSBURGER X.; MENTHONNEX, P. Patient compliance with medical advice given by telephone. Am.J.Em Medicine, 21(4), 2003.

LIMA, A. P. G.; POSTRANA, R. M. S. de. Regionalização da rede de ações e serviços como condição para garantir a equidade no acesso à saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 11. ; Cadernos, Brasília, DF: Ministério da Saúde; p. 283-296, 2000

MATUS, C., Política, Planejamento e Governo. Brasília: IPEA,1993.

MENDES, E.V. A atenção primária à saúde no SUS 92p.-Fortaleza:Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Terminologia e organização das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1994.

MINAYAO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo/ Rio de Janeiro, Hucitc/Abrasco, 1994.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento:Pesquisa qualitativa em Saúde. Rio de Janeiro, HUCITEC- ABRASCO 1998

MINTZBERG, H., Mintzberg on Management: Inside our Strange World of Organizations. New York: The Free Press, 1989.

- NETO, O . C...- Moreira, M. R.;- Sucena, L.F. M., Marins, R. S.- Grupos Focais e Pesquisa Social: O Debate Orientado como Técnica de Investigação, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 32p, 2001
- NETO, B. Examinando alternativas para administração dos hospitais: modelos de gestão de centralizadas e por linhas de produção. Tese de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública; Fiocruz, Rio de Janeiro, 1991.
- NUNES, E. JACOBI, P. KARSH, U.S., COHN. A. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez. 1991..
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Promoção da Saúde. Alma Ata, 12 Sep. 1978. Disponível em www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html.
- POSSAS, C. Organização social da medicina no Brasil. Em Saúde e trabalho - a crise da previdência social (C. Possas), p. 183-302. Rio de Janeiro. Graal, 1981.
- RODRIGUES DOS SANTOS, N. Formação ético-humanística do médico e a construção de serviços de saúde humanizados: coincidência ou coerência? in: Arruda, B.K.G. – A educação profissional em saúde e a realidade social. Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde, p. 141-51, 2001
- SALA, A; COHEN, D.D.; DALMASO, A.A S.; LIMA, A M; TEIXEIRA, R.R. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônica degenerativa em uma Unidade Básica de Saúde. Rev Saúde Pública, 27 (6): 463-71, 1993.
- SÁ, M. C. & ARTMANN, E., 1994. O planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local. In: Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário (E. V. Mendes, org.), pp. 19-44, Brasília: OPAS.

- SÁ, M. C., 1993. Planejamento Estratégico em Saúde: Problemas Conceituais e Metodológicos. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SANTOS, J. S. Da Fundação e Hospital das Clínicas à Criação da Unidade de Emergência e sua Transformação em Modelo Nacional de Atenção às Urgências. Revista Medicina RP, Vol 35: 403-418, 2002
- SANTOS, J.S. A distante relação do ensino, da assistência e da pesquisa com os agravos agudos à saúde. Editorial 2, Rev Medicina, v. 36, suppl1, p. 3-4, 2003.
- SANTOS, J.S. As relações entre a Universidade e o Hospital Universitário e o SUS. A Ver do Médico, v. 17, nov/dez, p. 30-1, 2002.
- SANTOS, J.S., SANKARANKUTTY, A.K., DAVID, E.M., SANTOS, A.P, SOUZA, C.S. Cirurgia Ambulatorial em Assistência Primária à Saúde da Família. Avaliação da Organização de Programa Didático-Assistencial para o Ensino de Graduação. Rev. Col.Bras.Cir., vol. XXVI, supl. 11-13, 1999.
- SCHRAIBER, L.B. Epidemiologia em serviços: uma tecnologia de que tipo? Em: Informe Epidemiológico do SUS/Fundação Nacional de Saúde, ano 2, n. 3, p. 3-32, 1993.
- STARFIELD, B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York, Oxford, University Press, 1992.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Hospital das Clínicas, Ribeirão Preto. Relatório de Atividades, 2002. Disponível em <http://hcrp.fmrp.usp.br/Public/Relatorio2002.pdf>.
- TANAKA, O.Y.; ROSEMBERG, C. P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria de Saúde do município de São Paulo. Rev Saúde Pública 24(1), 60-8, 1990.
- TANNEBAUM, R.D.; ARNOLD, J.L.; DE ENGRI FILHO A .; SPADONI, V.S. Emergency Medicine in Southern Brazil. Ann.Emerg.Med., 37: 223-8, 2001.

VICTÓRA, C.G. Pesquisa Qualitativa em Saúde - Uma Introdução ao tema.ed. tomo editorial. p. 33 - 43, 2000

WESTPHAL., M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil. Bol.Oficina Sanit.Panam, 120 (6): p. 472-82, 1996.

11. ANEXOS

A thick, dark grey L-shaped line that starts horizontally to the left of the text and then turns vertically upwards to the right of the text, framing the section header.

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento visa solicitar sua participação na pesquisa sobre a Avaliação da Organização Assistencial das Unidades não Hospitalares de Pronto Atendimento do Município de Goiânia, adotando como referência à Política Nacional de Atenção Às Urgências”.

- 1) relacionar os recursos arquitetônicos, tecnológicos e humanos dos UNHAU/E.
- 2) identificar os processos de pacto das responsabilidades entre as UNHAU/E e a rede assistencial.
- 3) registrar a percepção que os gerentes e conselheiros da saúde têm da organização e do desempenho das UNHAU/E junto ao SUS

Por intermédio deste Termo, ficam garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, datas de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da Pesquisa.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão de documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o pesquisador.no Ministério da Saúde.

Goiânia,.....de.....de 2003.

Participante:.....

Endereço:.....

Assinatura do pesquisador

ANEXO II- ROTEIRO DE VISITA ÀS UNIDADES NÃO HOSPITALARES DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS

A - Área Física

1 - Bloco de Pronto Atendimento

1.1. - Sala de recepção e espera com sanitários para usuários () Sim ()

Não

Observação:

1.2 - Sala de Arquivo para Prontuários () Sim () Não

Observação:

1.3 - Sala de Triagem classificatória de risco () Sim () Não

Observação:

1.4 - Consultórios Médicos () Sim () Não Quantidade:

Observação:

1.5 – Consultórios odontológicos () Sim () Não

Observação:

1.6 – Sala para Assistente Social () Sim () Não

Observação:

1.7 – Sala para Atendimento Psicológico () Sim () Não

Observação:

2 - Bloco de Apoio Diagnóstico

2.1 - Sala para Radiologia () Sim () Não

Observação: (apontar referência caso o serviço não seja ligado à Unidade e descrever o acesso dos usuários e aos resultados dos exames)

2.2 - Laboratório de Patologia Clínica () Sim () Não

Observação: (definir intervalo médio de tempo entre solicitação e resultado dos exames e descrever a forma de comunicação dos resultados)

2.3 – Sala de Coleta: () Sim () Não

Observação:

3 - Bloco de Procedimentos

3.1 - Sala de Suturas () Sim () Não

Observação:

3.2 - Sala de Curativos Contaminados () Sim () Não

Observação:

3.3 - Sala para inaloterapia () Sim () Não

Nº de bicos de O₂ e ar comprimido

Observação:

3.4 - Sala de Medicação () Sim () Não

Observação:

3.5 – Sala de Gesso () Sim () Não

Observação:

3.6 – Sala de Pequena Cirurgia () Sim () Não

Observação:

4 - Bloco de Urgência / Observação

4.1 - Sala de Urgência (reanimação / estabilização) () Sim () Não

Atendimento Simultâneo dois ou mais pacientes () Sim () Não

Observação:

4.2 - Sala de Observação () Sim () Não

Única () Sim () Não

Masculino () Sim () Não

Feminino () Sim () Não

Pediátrica () Sim () Não

Observação:

5 - Bloco de Apoio Logístico

5.1 - Farmácia () Sim () Não

Observação:

5.2 - Almoxarifado () Sim () Não

Observação:

5.3 - Expurgo / Lavagem de material () Sim () Não

Observação:

5.4 - Central de Material esterilizado () Sim () Não

Observação:

5.5 - Rouparia () Sim () Não

Observação:

5.6 - Necrotério () Sim () Não

Observação:

6 - Bloco de Apoio Administrativo

6.1 Sala de Gerência e Administração () Sim () Não

Observação:

6.2 Sala de descanso para funcionários () Sim () Não

Observação:

6.3 Vestiário para funcionários () Sim () Não

Observação:

6.4 - Copa / Refeitório () Sim () Não

Observação:

6.4 Depósito de Material de Limpeza () Sim () Não

Observação:

6.5 Área para Limpeza Geral () Sim () Não

Observação:

6.6 Local de Acondicionamento de Lixo () Sim () Não

Observação:

6.7 – Estacionamento (ambulância/paciente/funcionários)

Observação:

7.0 – Descrever sobre o Fluxo Interno da Unidade:

B - Material e Equipamento

Estetoscópio adulto/infantil () Sim () Não; esfigmomanômetro adulto/infantil () Sim () Não ; otoscópio com espéculos adulto/infantil () Sim () Não ; oftalmoscópio () Sim () Não ; espelho laríngeo () Sim () Não ; bolsa autoinflável (ambú) adulto/infantil () Sim () Não ; desfibrilador com marca passo externo () Sim () Não ; monitor cardíaco () Sim () Não ; Oxímetro de pulso () Sim () Não ; eletrocardiógrafo () Sim () Não ; glicosímetro () Sim () Não ; aspirador de secreção () Sim () Não ; bomba de infusão com bateria e equipo universal () Sim () Não ; cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedo de O² (de acordo com o porte da unidade) () Sim () Não ; maca com rodas e grades () Sim () Não ; respirador mecânico adulto/infantil () Sim () Não ; foco cirúrgico portátil () Sim () Não ; foco cirúrgico com bateria () Sim () Não; negatoscópios nos consultórios () Sim () Não ; serra de gesso () Sim () Não ; máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos () Sim () Não ; cateteres de aspiração () Sim () Não ; adaptadores para cânulas () Sim () Não ; cateteres nasais () Sim () Não ; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos () Sim () Não ; luvas de procedimentos () Sim () Não ; máscaras para ressuscitador adulto / infantil () Sim () Não ; ressuscitadores infantil e adulto com reservatório () Sim () Não ; cadarços para fixação de cânula () Sim () Não ; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas () Sim () Não ; cânulas oro-faríngeas adulto/infantil () Sim () Não ; jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta () Sim () Não; fios cirúrgicos () Sim () Não ; fios-guia para intubação () Sim () Não ; pinça de Magyll () Sim () Não ; bisturi (cabo e lâmina) () Sim () Não ; material para cricotiroidostomia () Sim () Não ; drenos para tórax () Sim () Não ; pacotes de gaze estéril () Sim () Não ; pacote de compressa estéril () Sim () Não ; esparadrapo () Sim () Não ; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas e plásticas () Sim () Não ; agulhas especiais para punção óssea () Sim () Não ; garrote () Sim () Não ; equipo de macro e microgotas () Sim () Não ; cateteres específicos para dissecação de veias tamanho adulto/infantil () Sim () Não ; tesoura () Sim () Não ; seringas de vários tamanhos () Sim () Não ; torneiras de 3 vias () Sim ()

Não ; frascos de solução salina () Sim () Não ; caixa completa de pequena cirurgia () Sim () Não ; frascos de drenagem de tórax () Sim () Não ; extensões para drenos torácicos () Sim () Não ; sondas vesicais () Sim () Não ; coletores de urina () Sim () Não ; espátulas de madeira () Sim () Não ; sondas nasogástricas () Sim () Não ; eletrodos descartáveis () Sim () Não ; equipamentos de proteção individual para equipe de atendimento () Sim () Não ; cobertor para conservação do calor do corpo () Sim () Não ; travesseiros e lençóis () Sim () Não ; pacote de roupas para pequena cirurgia () Sim () Não ; conjunto de colares cervicais (tamanho P,M,G) () Sim () Não ; prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma () Sim () Não ; prancha curta para massagem cardíaca () Sim () Não ; gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade () Sim () Não ; sistema de telefonia e de comunicação () Sim () N

B1 – EQUIPAMENTO POR AMBIENTE:

1. Acesso

<i>Descrição</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Observações</i>
Cadeiras de Rodas		
Macas		

2. Central de Comunicação

<i>Descrição</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Observações</i>
Sistema de Telefonia / comunicação		
Sistema de Chamada Interna		

3. Pronto Atendimento

<i>Descrição</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Observações</i>
Atendimento Simultâneo a Quantas Pessoas - consultórios		
Mesa de exame com Escada		
Conjunto Diagnóstico (Termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, etc..)		
Oto-Oftalmoscópio		
Oto-Oftalmoscópio		

4. Sala de Curativo Contaminado

<i>Descrição</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Observações</i>
Atendimento Simultâneo a Quantas Pessoas		
Macas		
Negatoscópio		
Escadas		
Mesas Auxiliares		
Iluminação Auxiliar		

5. Sala de Sutura

<i>Descrição</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Observações</i>
Atendimento Simultâneo a Quantas Pessoas		
Macas		
Negatoscópio		
Escadas		
Mesas Auxiliares		
Iluminação Auxiliar		
Material de Sutura(pacote)		

6. Sala de Gesso

<i>Descrição</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Observações</i>
Atendimento Simultâneo a Quantas Pessoas		
Material de Imobilização (ataduras, algodão ortopédico, tesoura, malhas tubulares, serra de gesso, imobilizadores)		

7. Sala de Observação

<i>Descrição</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Observações</i>
Leitos		
Macas com Grades		
Escadas		
Oxigênio e Ar Comprimido		
Monitor Cardíaco		
Sistema de Aspiração (parede)		

8. Posto de Enfermagem

<i>Descrição</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Observações</i>
Conjuntos de Nebulização		
Caixas de Material de Sutura		
Caixas de Material de Sutura de Face		
Pacotes com Tesoura e Bisturi		
Medicamentos e outros Materiais diversos (álcoois, PVPI, anestésico e tampão ocular, pomadas oftálmicas, colírios, anestésicos, fios de sutura, agulhas, seringas, compressas, etc..)		especificações

9. Sala de Reanimação e Estabilização / Sala de Urgência

<i>Descrição</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Observações</i>
Desfibrilador e Monitor Adulto e Pediátrico		
Ventilador Mecânico		
Aspirador de Secreções		
Carro para Material de Emergência		
Material para Entubação Orotraqueal		
Monitor Cardíaco		
Eletrocardiógrafo		
Oxímetro		
Pacote de Cateterismo Vesical		
Pacote de Drenagem Torácica		
Pacote de Paracentese		
Pacote de Lavado Peritoneal		
Pacote de Punção Venosa Central		
Sistema de Ar Condicionado		
Material de Reanimação (incluir medicamentos)		
Maca para Transporte		
Oxigênio e ar Comprimido		
Sistema de Assistência Respiratória de Parede		

C - Medicamentos:

Adrenalina () Sim () Não ; água destilada () Sim () Não ; Aminofilina () Sim () Não ; Amiodarona () Sim () Não ; Amitriptilina () Sim () Não ; Ampicilina () Sim () Não ; Atropina () Sim () Não ; Bicarbonato de sódio () Sim () Não ; Biperideno () Sim () Não ; Brometo de Ipratrópio () Sim () Não ; Bupivacaína () Sim () Não ; Captropil () Sim () Não ; Carbamazepina () Sim () Não ; Carvão ativado () Sim () Não ; Cefalexina () Sim () Não ; Cefalotina () Sim () Não ; Cetoprofeno () Sim () Não ; Clister Glicerinado () Sim () Não ; Clordiazepóxido () Sim () Não ; Cloridrato de Clonidina () Sim () Não ; Cloridrato de Hidralazina () Sim () Não ; Cloreto de Potássio () Sim () Não ; Cloreto de Sódio () Sim () Não ; Clorpromazina () Sim () Não ; Cloranfenicol () Sim () Não ; Codeína () Sim () Não ; Complexo B injetável () Sim () Não ; Deslanosídeo () Sim () Não ; Dexametasona () Sim () Não ; Diazepam () Sim () Não ; Diclofenaco de sódio () Sim () Não ; Digoxina () Sim () Não ; Dipirona () Sim () Não ; Enalapril () Sim () Não ; Escopolamina (hioscina) () Sim () Não ; Fenitoína () Sim () Não ; Fenobarbital () Sim () Não ; Fenoterol Bromidrato () Sim () Não ; Flumazenil () Sim () Não ; Furosemida () Sim () Não ; Gentamicina () Sim () Não ; Glicose isotônica () Sim () Não ; Glicose hipertônica () Sim () Não ; Gluconato de Cálcio () Sim () Não ; () ; Haloperidol () Sim () Não ; Hidrocortisona () Sim () Não ; Insulina () Sim () Não ; Isossorbida () Sim () Não ; Lidocaína () Sim () Não ; Manitol () Sim () Não ; Meperidina () Sim () Não ; Metildopa () Sim () Não ; Metilergometrina () Sim () Não ; Metilprednisolona () Sim () Não ; Metoclopramida () Sim () Não ; Metoprolol () Sim () Não ; Midazolan () Sim () Não ; Nifedipina () Sim () Não ; Nistatina () Sim () Não ; Nitroprussiato de Sódio () Sim () Não ; Óleo mineral () Sim () Não ; Omeprazol () Sim () Não ; Oxacilina () Sim () Não ; Paracetamol () Sim () Não ; Penicilina () Sim () Não ; Prometazina () Sim () Não ; Propanolol () Sim () Não ; Ranitidina () Sim () Não ; Ringer Lactato () Sim () Não ; Sais para reidratação oral () Sim () Não ; Salbutamol () Sim () Não ; Soro glico-fisiológico () Sim () Não ; Soro Fisiológico () Sim () Não ; Soro Glicosado () Sim () Não ; Sulfadiazina prata () Sim () Não ; Sulfametoxazol + Trimetoprim () Sim () Não ; Sulfato de Magnésio () Sim () Não ; Tiamina (Vit B1) () Sim () Não ; Tramadol () Sim () Não ; Tobramicina Colírio () Sim () Não ; Verapamil () Sim () Não ; Vitamina K () Sim () Não .

D - REDE DE REFERÊNCIA

1. Avaliação da relação com a Central de Regulação e SAMU
2. Avaliação do redirecionamento dos pacientes para os Serviços de Atenção Primária e de Saúde da Família

E – Veículo/Ambulância

1. Ambulância de Suporte Básico () Sim () Não

2. Ambulância de Suporte Avançado: () Sim () Não

F - Recursos Humanos

10.1 Gerente () Sim () Não carga horária semanal ()

10.2 Clínica Geral () Sim () Não carga horária semanal ()

10.3 Pediatria () Sim () Não carga horária semanal ()

10.4 Enfermeiro () Sim () Não carga horária semanal ()

10.5 Técnico de Enfermagem () Sim () Não carga horária semanal ()

10.6 Auxiliar de Enfermagem () Sim () Não carga horária semanal ()

10.7 Auxiliar de Radiologia () Sim () Não carga horária semanal ()

10.8 Auxiliar de Serviços () Sim () Não carga horária semanal ()

10.9 Auxiliar Administrativo () Sim () Não carga horária semanal ()

10.10 Técnico de Laboratório () Sim () Não carga horária semanal ()

10.11 Auxiliar de Laboratório () Sim () Não carga horária semanal ()

10.12 Bioquímico () Sim () Não carga horária semanal ()

Outros profissionais, especifique:

10.13 Relação numérica dos profissionais que atuam na urgência com a respectiva função atividade e cursos realizados; (ATLS, ACLS, BLS, curso de Urgência do Polo de Capacitação da Secretaria de Saúde e outros) da seguinte forma:

Curso

Nº de profissionais

Função

Observação:

G - Produção e Desempenho

11.1 Nº de Atendimentos nas 24 horas

11.2 Percentual de encaminhamento para internação hospitalar.

H – Cuidados com o paciente:

12.1– O pacientes e, quando necessário, seus familiares, recebem informação e explicação sobre a sua doença e os procedimentos diagnósticos terapêuticos propostos para o seu cuidado e transferências para outros serviços se necessário para dar prosseguimento do tratamento.

sim **não**

12.2 – A unidade possui protocolo clínico

sim **não**

ANEXO III - GRUPO FOCAL COM OS GERENTES

Questão Chave

1) A Relação do Pronto Atendimento com o Sistema de Saúde

Relação com os Usuários

- Relação com outros serviços (Programa de Saúde da Família, Atenção Primária, Unidades Móveis, Hospitais)
- Relação com os gestores municipal e estadual
- Relação com a Comissão local de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde
- O papel desempenhado pelo pronto atendimento frente à organização da atenção às urgências no município de Goiânia

Questão Chave

2) Avaliação da Organização interna da Unidade de Pronto Atendimento

- Quanto à estrutura física
- Abastecimento de material permanente
- Abastecimento de material de consumo
- Pessoal: Aspectos quantitativos e qualitativos
- Apoio à atividade assistencial (Administrativo, Laboratório de Patologia Clínica, RX, Farmácia, Arquivos e Registro)

Questão Chave

3) Desempenho e Perspectivas para o Pronto Atendimento

- A produção assistencial do pronto atendimento é compatível com a sua estrutura e organização
- As taxas de encaminhamentos para atenção primária e para o Hospital estão dentro do esperado
- A relação entre exames laboratoriais e radiológicos por consulta está dentro do esperado
- Quais as estratégias implantadas ou em fase de discussão para qualificar a gestão e a assistência no pronto atendimento
- Qual é o investimento prioritário para o pronto atendimento

Anexo IV - Grupo Focal com o Conselho de Saúde

Questão Chave

1) Avaliação da Organização da Atenção às Urgências/Emergências com ênfase no Pronto Atendimento

- Percepção que os conselheiros têm do papel assistencial do pronto atendimento junto as urgências/emergências
- Quais são os temas referentes ao pronto atendimento discutidos no Conselho
- Dificuldades do pronto atendimento que são trazidos para o Conselho
- Necessidades essenciais do pronto atendimento
- Percepção que os conselheiros têm da organização para o atendimento de urgência no município de Goiânia.

2) Avaliação da Atenção às Urgências/Emergências com ênfase no Pronto Atendimento

- Análise da sistemática de acesso da população ao pronto atendimento
- Relação entre os trabalhadores do pronto atendimento e a população usuária
- Desempenho do pronto atendimento para resolver os problemas de urgência da população.

ANEXO V - Planilha de Resultado da Avaliação da Organização Assistencial da UNHAU/E

I-CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO E PRODUÇÃO	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
População de abrangência (mil/hab.)	100	70	63	90
Número de atendimentos médicos nas 24 horas	300	232	192	285
Número de leitos de observação	5	7	5	4
Percentual de pacientes em observação	10%	8%	11,7	8,4
Percentual de encaminhamentos para internação	8	5	2,5%	10%
II-REDE DE REFERÊNCIA	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
Retaguarda de APH VSB	SIATE	SIATE	nunca utilizou	SIATE
Retaguarda de APH VSA	NÃO	NÃO	nunca utilizou	NÃO
Retaguarda de Resgate	SIATE	SIATE	nunca utilizou	SIATE
Central Reguladora de urgência	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Fluxo com hospitais - idem para todos	HUGO/HC/HMI	QUEIMA-DOS	BANCO DE OLHOS	
Contra-referência sistematizada para UBS	SIM	SIM	SIM	SIM
III-RECURSOS HUMANOS	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
Gerente	SIM	SIM	SIM	SIM
Número de Clínicos por plantão de 24 horas:	3	3	3	3
Número de Pediatras por plantão de 24 horas:	2	2	2	2
Enfermeiros por unidade (30 h/semana)	4	3	3	3
Odontólogo	NÃO	NÃO	20hs	NÃO
Assistente social	NÃO	NÃO	NÃO	12hs (2ª a 6ª)
Psicólogo	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Auxiliares e técnicos de enfermagem	SIM	SIM	SIM	SIM
Auxiliar administrativo	SIM	SIM	SIM	SIM
Auxiliar de serviços	SIM	SIM	SIM	SIM
Técnicos e auxiliares de laboratório	SIM	NÃO	SIM	SIM
Bioquímico	SIM	NÃO	NÃO	SIM
IV-APOIO DIAGNÓSTICO	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
Radiologia	SIM	SIM	SIM	até 23h
Laboratório	SIM	NÃO	NÃO	SIM
Sala de coleta	SIM	SIM	SIM	SIM
V- RECEPÇÃO	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
Sala de recepção e espera com sanitários para usuários	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
Sala específica de arquivo de prontuários no local	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
VI- ASSISTÊNCIA/CONSULTÓRIOS	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
Número de consultórios médicos	3	3	3	3
Consultórios odontológicos	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Negatoscópio nos consultórios	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
Otoscópio/oftalmoscópio nos consultórios	1	1	2	1
VII- ASSISTÊNCIA/PROCEDIMENTOS	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
Salas separadas para sutura, curativo, inaloterapia, medicação	NÃO	NÃO	SIM	SIM
Sala de inalação tem rede de gases e ar comprimido	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
Sala de gesso	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Sala de pequenas cirurgias	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

VIII- ASSISTÊNCIA/SALA DE URGÊNCIA	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
Sala exclusiva para reanimação/estabilização/urgência?	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sala de urgência pode atender 2 pacientes ?	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Monitor/desfibrilador	NÃO	SIM	SIM	SIM
Ventilador mecânico	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Marca passo externo	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Aspirador de secreções	NÃO	SIM	SIM	SIM
Bomba de infusão com bateria	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Eletrocardiógrafo	SIM	SIM	SIM	NÃO
Oxímetro	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Glicosímetro	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Rede de gases e ar	NÃO	NÃO	SIM	NÃO / 1 cilindro
Carrinho de material	SIM	SIM	SIM	SIM
IX-ASSISTÊNCIA/SALA DE OBSERVAÇÃO	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
Leitos com separação total MASC,FEM, INF?	NAO	NAO	NÃO	NÃO
Rede de gases	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Sistema de aspiração	1 Portátil	1 Portátil	1 Portátil	1 Portátil
Chuveiro e sanitário nas salas de observação?	SANITÁRIO	SIM	SANITÁRIO	SANITÁRIO
Monitor cardíaco	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
X- APOIO LOGÍSTICO	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
Farmácia Exclusiva para dispensação Interna	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
Almoxarifado	SIM	SIM	SIM	SIM
Expurgo/lavagem de material	SIM	não	SIM	SIM
Central de esterilização	NÃO	NÃO	SIM	SIM
Rouparia	SIM	NÃO	SIM	SIM / inad.
Sala específica para necrotério	NÃO	NÃO	SIM	SIM
VIII-APOIO ADMINISTRATIVO	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
Sala de gerência e administração	SIM	SIM	SIM	SIM
Sala de descanso para funcionários com sanitários e chuveiros	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Vestiário para funcionários	SIM	NÃO	NÃO	SIM
Copa/refeitório	SIM	SIM	SIM	SIM
Depósito material de limpeza	SIM	NÃO	NÃO	SIM
Local de acondicionamento de lixo	SIM	SIM	SIM	SIM
Estacionamentos diferenciados para AMB, prof, usuários?	SIM	NÃO	SIM	SIM
PABX com ramais internos	SIM	SIM	SIM	SIM
Sistema de auto falantes internos	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
IX-MATERIAIS/ EQUIP./MEDICAMENTOS	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
Quantidade Materiais	58,13%	55,81%	58,13%	53,48%
Quantida de Equipamentos:	54,16%	54,16%	41,66%	45,83%
Quantidade de Medicamentos:	71,95%	47,56%	58,53%	43,90%
Macas com grades e rodas	1	1	1	1
Cadeira de roda	1	0	0	3
Conjunto de colares cervicais (tamanho P,M,G)	0	0	0	0
XII-PROCESSOS DE TRABALHO	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
Fluxos internos	Insuficiente	Insuf.	Insuficiente	insuf.
Processos de trabalho	Insuficiente	insuf.	insuficiente.	insuf.
Realiza atividade de classificação de risco? Como?	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Sala específica para avaliação de risco	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
XIII-HUMANIZAÇÃO	AMENDOEIRAS	CURITIBA	FINSOCIAL	GOIÁ
Garantia de presença de acompanhante	Idoso/criança	Idoso/criança	Idoso/criança	Idoso/criança
Informação	SIM	SIM	SIM	SIM
Protocolo clínico	SIM/ alguns	NÃO	NÃO	SIM/ alguns