

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**AUTOR: MARCO AURÉLIO BACH PONS**

**DIAGNÓSTICO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NO SETOR DE EMERGÊNCIA  
DE UM HOSPITAL MUNICIPAL DE MÉDIO PORTE, SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS**

**PORTO ALEGRE  
2005**

**Marco Aurélio Bach Pons**

**DIAGNÓSTICO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NO SETOR DE EMERGÊNCIA  
DE UM HOSPITAL MUNICIPAL DE MÉDIO PORTE, SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Administração.

Orientadora: Prof. Ana Cecília Stenzel

**PORTO ALEGRE  
2005**

## SUMÁRIO

<b>1 Definição do Problema.....</b>	<b>03</b>
<b>2 Justificativa.....</b>	<b>06</b>
<b>3 Revisão Teórica Preliminar.....</b>	<b>08</b>
3.1 O Atendimento de Urgência/Emergência como uma Política Nacional.....	08
3.2 O Serviço de Emergência Ideal.....	11
3.3 Gerência dos Serviços de Emergência.....	17
3.3.1 Gerência dos Recursos Humanos.....	20
3.3.2 Gerência da Área Física.....	23
3.4 Avaliação dos Serviços de Emergência.....	24
3.4.1 Conceituando Qualidade.....	24
3.4.2 Indicadores Básicos de Qualidade nos Serviços de Urgência e Emergência.....	28
<b>4 Objetivos.....</b>	<b>36</b>
4.1 Objetivo Geral.....	36
4.2 Objetivos Específicos.....	36
<b>5 Metodologia.....</b>	<b>37</b>
5.1 Tipo de Estudo.....	37
5.2 Participantes.....	37
5.3 Descrição do Local.....	38
5.4 Coletas de Dados.....	58
5.5 Aspectos Éticos.....	39
5.6 Análise dos Dados.....	39
<b>6 Resultados e Discussão.....</b>	<b>40</b>
<b>7 Considerações Finais.....</b>	<b>45</b>
<b>Referências.....</b>	<b>48</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>51</b>
<b>Anexo I – Instrumento de Coleta de Dados.....</b>	<b>52</b>
<b>Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>53</b>

## **1 Definição do Problema**

A cidade de Novo Hamburgo situa-se na Região Metropolitana de Porto Alegre, possuindo um contingente populacional de 274.000 habitantes, sendo conhecida em âmbito nacional por sua produção calçadista industrializada. Devido á industrialização e ao comércio, que são fortes na região do Vale dos Sinos, onde se situa o município, o nível sócio-econômico da população é alto, predominantemente classificado na classe B.

Para a assistência de saúde, a população da cidade conta com uma rede básica de saúde constituída de 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que possuem horário de atendimento das 07h00min às 22h00min horas, em sua maioria, durante os cinco dias úteis da semana. Também existe um Pronto Atendimento 24 horas na região central da cidade, para atendimento às urgências.

A assistência hospitalar dá-se por um hospital público municipal, de médio porte que oferece atendimento às emergências, internações clínicas, traumatológicas, neurológicas, cirúrgicas e terapia intensiva. No setor de emergência é feito atendimento nas especialidades de Neurologia, Traumatologia, Clínica e Cirurgia de Urgência e Emergência, sendo o hospital referência nestas áreas, excetuando-se as emergências clínicas, para municípios de Estância Velha, Campo Bom, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Ivoti, Sapiranga, Nova Hartz, Dois Irmãos, Araricá e Presidente Lucena.

O Hospital Municipal possui referência firmada para as especialidades de Traumatologia, Neurologia, Gineco-Obstetrícia e Cirurgia para municípios da região, através de convênio com as prefeituras. Considerando os requisitos da Portaria 2048/2002, relativamente ao quadro mínimo de recursos humanos, o Hospital Municipal de Novo Hamburgo enquadra-se como sendo Unidade Hospitalar Geral de Atendimento às Urgências e Emergências do Tipo II, pois além dos profissionais necessários para a atuação da enfermagem e serviços de apoio, tem em seu quadro funcional as seguintes especialidades médicas: Clínica Geral, Pediatra Intensivista (UTI Neonatológica), Gineco-obstetrícia, Cirurgia Geral, Traumato – Ortopedia e Anestesiologista. Conta também com assistência de um cardiologista, fazendo a parte de rotina com os pacientes, Intensivismo Adulto e Neonatológico do tipo II, Neurocirurgia, Hematologia e Endoscopia.

Relativamente aos recursos tecnológicos necessários, dispõe de serviços de Radiologia, Análises Clínicas, Hemodinâmica e Banco de Sangue, embora, ainda de acordo com os critérios da referida portaria, estejam ausentes os serviços de Cirurgia Bucomaxilofacial, Broncoscopia, Cirurgia Vascular e Ecocardiografia.

Diante da oferta das especialidades acima citadas, há uma grande demanda de pacientes no dia-a-dia, que associada à falta de funcionários necessários para a execução do serviço, de materiais, à infra – estrutura inadequada e falta de mecanismos de encaminhamento para cada paciente, de acordo com o seu quadro clínico-patológico, sendo ainda agravada por problemas organizacionais, cria-se um quadro caótico na prestação de serviços, levando a uma assistência deficiente e por vezes ineficaz para os pacientes.

A qualidade no atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma indagação freqüente nos hospitais públicos em nosso país, ocorrendo também no Hospital Municipal de Novo Hamburgo. Com muita freqüência, encontra-se emergências lotadas, com pacientes graves necessitando de assistência avançada, para qual não se possui garantia de

referência, sendo isto, associado ao baixo número de funcionários e dificuldades de gerenciamento nesses serviços.

Através da atuação dos profissionais de enfermagem dos serviços de urgência/emergência, pode-se perceber as dificuldades relevantes na qualidade da assistência. Nesse estudo, busca-se, através de entrevista com enfermeiros que atuam no Setor de Emergência do Hospital Municipal de Hamburgo, fazer um levantamento sobre a percepção da qualidade da assistência prestada aos pacientes, dentro das condições de trabalho que lhes é disposta, bem como identificar qual seriam as condições ideais para esses profissionais. Outro ponto a ser verificado são quais os fatores intervenientes no processo que afetam diretamente a qualidade do serviço, na ótica dos profissionais de enfermagem.

Busca-se através disto ampliar o prisma de percepção, criando abertura a novas idéias e debates para melhoria do serviço, sabendo que a forma de interpretar varia de acordo com as experiências vividas por cada pessoa e em cada momento de atuação. O estudo tem por objetivo verificar a percepção dos enfermeiros dos serviços de urgência/emergência no tocante à qualidade no desempenho de suas funções diárias nos atendimentos de emergências do hospital, que requer um funcionamento ágil, rápido, preciso e de qualidade, imprescindíveis para se obter o melhor resultado para o paciente.

Pretende-se ainda apresentar à coordenação de enfermagem e administrativa possíveis soluções para os problemas encontrados, de forma a cooperar na melhoria do processo de assistência, mais diretamente em fatores relacionados à qualidade.

## 2 Justificativa

Através deste trabalho busca-se informações sobre a qualidade dos serviços assistenciais prestados aos pacientes no setor de emergência de um hospital público de médio porte. De acordo com Chaves et al. (1987, p. 181) :

“Considerando a frequência com que as emergências médicas ocorrem e causam óbito ou incapacitação do indivíduo, cresceu a importância do estudo do serviço de emergência, assim como a dificuldade para prevenir as situações de emergência e o grande potencial de recuperação que encerram quando não convenientemente atendidas.”

Pretende-se visualizar as dimensões de qualidade no atendimento, tendo em vista a acessibilidade e resolutividade no momento do atendimento emergencial. Também busca-se verificar qual a percepção dos profissionais em relação à qualidade “ideal” nos serviços de emergência, noção que é subjetiva, com o propósito de abrir a discussão sobre a concepção de qualidade entre os funcionários, visto que, segundo alude Kluck (2004):

“A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social. A Sociedade está cada vez mais exigindo a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por órgãos públicos. Esta exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial. Uma vez que a garantia da qualidade exige um maior nível de profissionalismo e conseqüentemente, um melhor desenvolvimento técnico, a meta final de um programa de qualidade deve ser a busca da ‘satisfação do paciente, por intermédio de uma atenção competente, apropriada e oportuna, sem duplicação ou super-utilização dos serviços, com um mínimo de complicações ou seqüelas’ (KLUCK APUD NOVAES, 1992, p. 10)”

Busca-se ainda, através desta pesquisa, diagnosticar, identificar as deficiências encontradas pelos profissionais do serviço de emergência. Por fim, pretende-se que os profissionais envolvidos no estudo atuem como agentes de mudança a partir da delimitação e conscientização dos limites concretos de sua atuação no setor, impulsionando mudanças positivas na qualidade dos serviços e propondo à administração possíveis soluções para sanar as dificuldades encontradas.

Diante dos resultados, espera-se que seja possível traçar diretrizes em busca de uma re-organização do setor, bem como obter a conscientização das partes envolvidas no processo de atendimento quanto ao bem-estar do paciente que, de acordo com Zanon, citado por Jung (2002):

“...do ponto de vista médico, a expectativa do paciente é a sua recuperação da saúde, é aceitável postular que, ao procurar o hospital, ele, implicitamente, espere:

- a) obter o diagnóstico definitivo da doença que o levou ao hospital e que esse diagnóstico lhe seja informado claramente (...);
- b) receber tratamento consensual, atualizado, comprovadamente eficaz, (...);
- c) receber assistência de enfermagem capaz de cumprir fielmente a prescrição médica e ser tratado com carinho e respeito; (...).” (ZANON APUD JUNG, 2002: p. 33)

Os resultados do trabalho serão divulgados para setores chaves da instituição: a Coordenação de Enfermagem, a Direção Técnica, que é responsável pelos atendimentos em todo âmbito do hospital, o Diretor Administrativo do hospital e a Coordenação do Serviço de Urgência e Emergência, para conhecimento e implementação das mudanças desejadas, bem como aos enfermeiros do setor, que serão entrevistados.



### **3 Revisão Teórica Preliminar**

No contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS), momento em que existe uma séria preocupação por parte de seus gestores em implantar uma atenção a saúde de qualidade e eficiência, parte-se, neste trabalho, através das diretrizes norteadoras do Sistema, para observar os intentos de melhorias necessárias no setor de emergência. A realidade de precariedade e inobservância de regras fundamentadas em legislação ocorrem não apenas em locais isolados, mas sim em contexto nacional. Para tanto serão citadas diretrizes e normas ministeriais, as quais regem tais serviços.

#### **3.1 O atendimento de Urgência/Emergência como uma política nacional**

O panorama nacional dos serviços de emergência tem se tornado ponto crítico para o Sistema Único de Saúde devido ao aumento indiscriminado da demanda, ocasionado por diferentes fatores.

Diversos autores consideram que os acidentes e violências configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, os quais tem provocado forte impacto na morbidade e mortalidade da população, sendo crítica a questão do atendimento de urgência/emergência. Chaves, Macedo, Silva, Ferreira e Pannebecker (1987, p. 183) afirmam que:

“Os atendimentos das emergências continuam precários devido a diversos fatores que impossibilitam ou tornam menos eficientes, citando como exemplo: a elaboração e execução de programas de atendimento complexos e requerem uma disponibilidade de recursos humanos e materiais superiores aos existentes na grande maioria das comunidades; o treinamento do pessoal que atende ao o paciente (médico, enfermagem, leigo), especialmente durante as fases iniciais da ocorrência geralmente é insatisfatório em procedimentos básicos como ressuscitação manutenção das funções vitais, reconhecimento de prioridades entre outros tornando-se isto concorrente para o retardo no início do atendimento satisfatório.”

Ainda enquadrando-se na realidade nacional, vê-se a estruturação inadequada de nossa rede hospitalar, que está dimensionada para suprir demandas não satisfeitas na atenção básica, atuando em geral sem qualificação de recursos humanos, materiais e até mesmo retaguarda diagnóstica. Segundo Chioro (2003), a forte realidade hospitalocêntrica, que é um indicativo de hierarquização e integralidade precárias, atua em paralelo com os demais fatores gerando a superlotação e precariedade nos serviços de emergências. O mesmo autor cita ainda que a distribuição inadequada da oferta dos serviços de urgência, com maior concentração de recursos especializados nos grandes centros urbanos, não garante o acesso e efetividade de oferta à população. Outro fator citado por Chioro são os serviços de resgate, que atuam como serviço de despacho, sem uma racionalização de seu atendimento e regulação médica, oferecendo apenas o suporte básico, sendo exercida basicamente pelos Corpos de Bombeiros de regiões adstritas.

As visíveis distorções já citadas, associadas ao mau dimensionamento e descaracterização dos serviços de emergência, atuam de forma inversamente proporcional à qualidade do atendimento prestado. Como se pode verificar no estudo de Almeida, Pires e Ribeiro (1993), que diz respeito à sala de procedimento de uma emergência de grande porte de Porto Alegre, a gravidade dos pacientes atendidos levou ao aumento do tempo de permanência, sendo que no serviço estudado, a projeção seria de apenas seis horas permanência, porém 30% dos pacientes permaneceram 6 horas ou mais. Como tais autoras concluem, explicita-se a distorção de sua utilização devido ao excesso de demanda. Chioro (2003) vem reforçar este tema citando que hospitais mal estruturados possuem escassa oferta

de leitos de observação ou retaguarda, o que perpetua a presença de um grande número de macas nos exíguos espaços dos pronto socorros, gerando condições insalubres para os pacientes. O autor ainda cita que os leitos de terapia intensiva são disputados por outras áreas do hospital como leitos pós-operatórios, o que leva os pronto socorros a improvisarem leitos de UTIs, necessários aos atendimentos de urgência, nas áreas de observação. Nesse sentido, Strozzi (1984) refere que a unidade de emergência é aquela que compreende um conjunto de elementos que tem como finalidade o atendimento imediato dos pacientes, cuja permanência da unidade não deve exceder 48 horas.

Fatores como estes geram filas, desumanização e falhas no atendimento, elementos estes ainda agravados pela ausência de acolhimento, de triagem de risco, inadequação na oferta e acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos, aumentando o tempo de espera, sem que ocorra qualquer diferenciação dos pacientes quanto a risco, excetuando-se as urgências sangrantes e ruidosas, como citado por Chioro (2003).

No que alude López (1984, p. 183) :

“Considera-se que um grande número de indivíduos que tem óbito decorrente de situações de emergência poderia ser salvo se os conhecimentos e a tecnologia, atualmente disponíveis para o tratamento destas condições, fossem corretamente aplicados desde o local onde elas concorrem, durante o transporte, até a admissão ou internação hospitalar.”

A partir do reconhecimento dessa realidade, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, através da Portaria n ° 737, de 16 de maio de 2001. Posteriormente, na Portaria 2048/GM, de 05 de novembro de 2002, preconiza “...a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências.”. Esta ainda aponta, em seu Anexo:

“A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede são fatores que tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde”.

Tais diretrizes já haviam sido mencionadas na Portaria n ° 2923, de 09 de junho de 1998, que instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais para Atendimento de Urgência e Emergência, a qual também prevê, além da alocação de recursos nos hospitais de referência, a capacitação técnica dos profissionais que atuam nos setores de emergência.

O princípio da integralidade da assistência no atendimento às urgências e emergências está colocado na Portaria n ° 1863/GM de 29 de novembro de 2003, que no seu Artigo 2º parágrafo primeiro diz: “garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não intencionais, violências e suicídios).”

### **3.2 O Serviço de Emergência Ideal**

De acordo com Strozzi (1984), apesar ser o conceito de emergência amplo e diversificado, sempre implica situação crítica, dificuldade súbita onde o indivíduo tem sua vida ameaçada por fatores adversos. Diante disso, repete-se o que já é conhecido: torna-se imprescindível um atendimento ágil, eficaz e de resolutividade nestas situações.

Como demonstrado por Gallotti (2003), os serviços de emergência são fatores de risco para ocorrência de eventos adversos (EAs), conceituados como “complicações indesejadas, não relacionadas a doença de base, decorrentes do cuidado prestado”. Embora a autora

indique que a maioria dos eventos acarrete incapacidades leves, em pesquisa realizada na emergência de um Hospital de Clínicas Universitário, ela identificou a ocorrência de EAs em 63% dos pacientes, na sua maioria graves, acarretando predominantemente manifestações metabólico-renais, infecciosas e respiratórias, sendo, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos e os cuidados de enfermagem os responsáveis por mais da metade dos EAs. Classificando os eventos adversos por categorias profissionais, a pesquisa demonstrou que 38,4% dos eventos relacionavam-se à atuação da enfermagem, 31% aos médicos; 17,7% dos eventos relacionavam-se a erros administrativos e 1,2% a complicações cirúrgicas.

Para Jung (2002) está clara a importância de protocolos clínicos (tratamento consensual, atualizado e comprovadamente eficaz) nos atendimentos nos serviços de emergência. Eles são balizadores da utilização em ordem seqüencial dos recursos disponibilizados pelo hospital, sendo núcleo de boa prática assistencial, garantia de receita qualificada e custo eficiente.

Diante do aumento progressivo da demanda, severidade dos casos, imprevisibilidade de demanda e complexidade, temos como consequência, proporcionalmente, o aumento nas práticas de cuidado nos serviços de emergência (Jung, 2003). Entretanto, ainda de acordo com Jung (2002), há uma inexistência de metodologias avaliativas no tocante aos cuidados e intervenções realizadas nesse tipo de serviço. Ela indica a importância da investigação fisiológica do paciente e tratamento precoce dos casos neste setor, sugerindo o desenvolvimento de metodologias de avaliação da fisiologia para examinar a qualidade do cuidado prestado ao paciente, devendo ser melhorados a precisão das decisões sobre o prognóstico e o modo de mensurar o impacto das intervenções nos serviços de emergência. O indicador mais utilizado pela enfermagem é o *Therapeutic Intervention Score System* (TISS), elaborado no ano de 1974 por Cullen, Civetta e Briggs et al. no Massachusetts Hospital de Boston, que possibilita analisar a eficiência da unidade de emergência na utilização dos

recursos ajustados conforme a necessidade do paciente, e que pode ser comparado, com boa precisão, a outros escores de gravidade quantitativos como o APACHE II (*Acute Physicologig and Health Evaluation*). Com a análise integrada dos índices de gravidade, segundo a autora, a atuação da unidade, a eficiência do tratamento realizado e seu custo indireto podem ser analisados e controlados, conduzindo a uma forma adequada de alocação dos recursos humanos e materiais disponíveis.

Neste contexto, Clue e Inglis, citados por Mendes (1994) salientam que um bom serviço de emergência deve assegurar pronto atendimento ao paciente e alta produtividade e, para tanto, são imprescindíveis algumas características básicas como: boxes (observação) e espaços adequados destinados a tratamentos rotineiros e especiais, para tratamentos de cardíacos e para outros pacientes em observação; centralização dos serviços de enfermagem com visores para os boxes de observação; flexibilidade para acomodar grande número de pacientes que aguardam resultados e conveniente sistema de comunicação.

O Ministério da Saúde definiu normas e critérios para o funcionamento dos serviços de atendimento de urgências e emergências, através da Portaria 2048, de 05 de novembro de 2002, que determinou o prazo de dois anos, a partir da data de sua publicação, para a adequação dos serviços já existentes e em funcionamento em todas as modalidades assistenciais.

As características dos serviços de atendimentos de urgências e emergências, hospitalares ou não, definidas na portaria do Ministério da Saúde, referem-se em linhas gerais à área física dos serviços, aos materiais e equipamentos obrigatórios e aos recursos humanos necessários, conforme vemos a seguir, resumidamente.

Quanto à Área Física:

a) Bloco de Pronto Atendimento: Sala de recepção e espera; Sala de arquivo e prontuário médico; Sala de triagem classificatória de risco; Consultórios médicos; Consultório odontológico; Sala para Assistente Social; Sala para atendimento psicológico;

b) Bloco de Apoio Diagnóstico: Sala de Radiologia; Laboratório de Patologia Clínica; Sala de Coleta;

c) Bloco de Procedimentos: Sala para suturas; Sala de curativos contaminados; Sala de inaloterapia/medicação; Sala de gesso; Sala de pequena cirurgia;

d) Bloco de Urgência/Observação: Sala de reanimação e estabilização/sala de urgência; Salas de observação masculina, feminina e pediátrica (com posto de enfermagem, sanitários e chuveiros); Sala de isolamento (com ante-sala, sanitário e chuveiro exclusivos);

e) Bloco de Apoio Logístico: Farmácia; Almoxarifado; Expurgo; CME; Rouparia; Necrotério;

f) Bloco de Apoio Administrativo: Salas de gerência e administração; Sala de reunião; Sala de descanso para funcionários; Vestiário para funcionários; Copa/refeitório; Depósito de material de limpeza; Área para limpeza geral; Local de acondicionamento de lixo; Estacionamento.

De acordo com o dimensionamento proposto, as áreas acima citadas devem possuir uma racionalidade para facilitar o fluxo dentro da unidade, portanto, o pronto atendimento deve possuir uma entrada para pacientes que venham espontaneamente ao serviço, ou seja, deambulando, com acesso direto à recepção e sala de espera. Neste local deve ser feito o acolhimento por profissionais treinados para este fim, dependendo da demanda do serviço.

Após, deve-se estabelecer a triagem classificatória de risco, feita por profissionais de nível superior, com treinamento pertinente que, deverão ordenar a seqüência de atendimentos por ordem de prioridade através de protocolos pré-estabelecidos. Os pacientes não podem ser liberados sem atendimento médico, a triagem serve apenas para ordenar o atendimento.

Conforme a Organização Panamericana de Saúde (1987), sempre que ocorrer um desequilíbrio entre a demanda de pacientes e recursos médicos para atender estas necessidades, deve-se aplicar um processo de seleção ou triagem dos casos. Esta organização também preconiza que a área de triagem deveria ser localizada preferentemente na entrada do departamento de emergência, onde as vítimas de acidentes seriam avaliadas pelo encarregado da triagem e encaminhado ao setor respectivo.

O bloco de urgência deve ter outra entrada com acesso coberto para ambulâncias com portas amplas e acesso ágil para a sala de emergências, que deverá oferecer espaço para atendimentos simultâneos. As macas da unidade deverão ter rodas e grades, devendo ser distribuídas de forma que possibilitem o trânsito da equipe ao seu redor com facilidade. Os medicamentos necessários aos atendimentos de emergências deverão estar dispostos nesta sala para maior agilidade no atendimento.

Quanto aos Materiais e Equipamentos:

A Portaria nº 2048/2002, do Ministério da Saúde, define os materiais obrigatórios das Unidades de Urgência/Emergência, e que deve haver a rotina de manutenção preventiva dos equipamentos. Os materiais obrigatórios são: estetoscópio adulto e pediátrico; esfigmomanômetro adulto e pediátrico; otoscópio com espéculos adulto e pediátrico; oftalmoscópio; espelho laríngeo; ambú adulto e pediátrico; desfibrilador com marcapasso externo; monitor cardíaco; oximetria; eletrocardiograma; glicosímetro; bomba de infusão; cilindro de oxigênio de transporte; maca com rodas e grades; respirador mecânico adulto e



pediátrico; foco cirúrgico portátil; foco cirúrgico com bateria; negatoscópios; serra de gesso; máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de diversos tamanhos, ressucitadores adultos e pediátricos com reservatórios; laringoscópio adulto e infantil com conjunto de lâminas; jogos de pinças para retirada de corpos estranhos do nariz, boca e ouvido; fios guia para intubação; pinça de Magyll; Material para cricotiroidostomia; material para dreno de tórax; agulhas especiais para punção óssea; colares cervicais tamanhos P,M,G; pranchas rígidas longa e curta; gerador de energia elétrica de acordo com o porte da unidade e demais materiais básicos como luvas de procedimento, gaze e compressa estéril, seringas, material para punção de acesso venoso etc..

#### Quanto aos Recursos Humanos:

Além de contar com profissionais em quantitativo suficiente para o atendimento em todos os turnos de trabalho, como médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e suas respectivas coordenações, tais profissionais devem ser capacitados nos Núcleos de Educação em Urgências e treinados em serviço, sendo o Responsável Técnico o encarregado por este programa de treinamento prático. Todos os membros da equipe devem ser capacitados na forma de educação continuada, devendo ainda haver treinamento para novos membros que venham a integrar a equipe. Tal estratégia, solicitada pela portaria 2048/GM de 2002, vem em busca de sanar deficiências curriculares no ensino médico e de enfermagem, fato que vem a comprometer a qualidade na assistência.

Como citado no estudo de Areson-Pandikov, Bordin, Wolff e Brum (1993), a aquisição de habilidades psicomotoras em urgência e emergência, por pessoas treinadas, apontam para dimensões favoráveis após a exposição ao treinamento. Loures (2003, p. 77) ressalta que tais aspectos são fundamentais porque “em saúde mais do que em outros serviços, o produto é a pessoa”. O mesmo autor refere que qualidade em serviços significa

habilidades dos funcionários, como cortesia, atitude e disposição para ajudar. Na conclusão, este afirma que um objetivo crítico de uma organização de alto contato, como um hospital, deveria ser criado um ambiente de trabalho em que os funcionários fossem encorajados a prestar serviços de alta qualidade e em que sua satisfação profissional fosse uma preocupação primordial dos administradores.

Para Joseph (1996) apud Loures (2003, p. 78) o recrutamento e seleção deve ser feita por pessoas capacitadas para a administração de recursos humanos, com base nas habilidades desejadas dos funcionários pela organização, principalmente, para as funções de contato com os usuários. O treinamento deve ser voltado não apenas para o desempenho da função, mas também para socializar estes com os valores da instituição.

### **3.3 Gerência dos Serviços de Emergências**

De acordo com Knobel et al. (1998), conceitua-se “Qualidade Total” como sendo o conjunto de ações desenvolvidas na instituição buscando atender ou superar as expectativas de seus pacientes, o que implicaria comprometimento de todos os funcionários desta instituição em todos os níveis hierárquicos sem distinção. Para tanto, faz-se necessário um planejamento detalhado de bens e serviços como intuito de eliminar possíveis riscos e defeitos através da elaboração de protocolos e rotinas, a um custo previamente aceito.

O mesmo autor alude ainda que continuamente agregam-se novos conceitos à Qualidade Total, como o de “organizações que aprendem”, nas quais o fluxo de idéias e opiniões independem da hierarquia. Sendo assim, as pessoas direcionam-se para incorporação do conhecimento gerado pelo trabalho de equipe, na qual ocorreria uma análise dos conceitos e preconceitos, desenvolvendo desta forma a capacidade de compreender as forças que atuam nos sistemas organizacionais, buscando as causas remotas dos fatos analisados.

Em contraponto, temos as autoras Stenzel, Misoczky e Oliveira (2003) que ressaltam que a qualidade total e o conceito de cliente não podem ser completamente aplicados em serviços públicos de saúde, pelo fato de que o usuário, nestes casos, não possui o direito de escolha entre serviços, ou seja, de optar por onde ser atendido. Também, relatam que neste contexto não existe relação comercial caracterizada, não havendo pagamento pelo serviço prestado a este e, o pagamento de impostos não constitui natureza mercantil. Vem a reforçar tal ponto de vista Gurgel Jr. e Vieira (2002) que leis de mercado não possuem aplicação neste setor em face das necessidades humanas e prioridades não mercantis.

Fekete (2000) relata que todo modelo de atenção à saúde deve levar em conta os atributos acima citados, tendo em vista que a gestão competente dos recursos alocados é característica essencial do processo de democratização do sistema, sendo que, os processos de administração dos recursos devem ser transparentes e as determinações das políticas de saúde amplamente discutidas e aceitas pela equipe de trabalho. A autora citada (2000, p. 56) ainda complementa:

“A gerência, vista sob o ângulo da qualidade, refere-se à ação que torna viável e factível o melhor uso dos recursos para atingir os objetivos sociais perseguidos, mediante um processo contínuo de tomada de decisão, que se fundamenta na definição e análise de problemas e na alocação dos recursos correspondentes para sua superação e controle, de maneira que as decisões se convertam em ações efetivas.”

Além dos fatores citados acima, é sumarizado pelo *Institute of Medicine's* americano em Graff et. al (2002) p. 1092., seis objetivos para implementação da qualidade na medicina de emergência, sendo estes citados como:

1. Segurança (*safety*): o paciente tem seu dano pormenorizado com as intervenções do serviço de saúde pretendido por este.
2. Efetividade (*Effectiveness*): conforme o autor, a efetividade refere-se ao cuidado, este baseado no uso sistematizado de evidências para a determinação da intervenção,

de mesmo modo os serviços preventivos, teste diagnósticos ou terapias, produzindo os melhores retornos para estas alternativas, incluindo a alternativa de não optar por nenhuma (*doing nothing*).

3. Foco no paciente (*patient-centeredness*): Esta caracteriza-se pelo foco no paciente tratando - o de forma individualizada, de acordo com suas necessidades e experiências com a doença, integrando-o no sistema de saúde.

4. Oportunidade (*timeliness*): este, de acordo com o autor, é uma importante característica para qualquer serviço e valida o foco da implementação do cuidado em saúde. Graff (2002), exemplifica este item com *door-to-drug*, ou tempo de início para terapia trombolítica em pacientes com infarto agudo do miocárdio.

5. Eficiência (*efficiency*) e Equidade (*fairness/equity*), possuem conceitos semelhantes aos já citados anteriormente.

Uma abordagem pertinente ao gerenciamento dos serviços de emergência é a “Teoria das Restrições em Emergência Hospitalar”. Segundo Godratt, citado por Gonçalves (2004), a teoria das restrições teve origem nos anos 1970, sendo utilizada em diversas áreas como aeroespacial, automotiva, defesa, saúde entre diversas outras. Os conceitos desta, fundamentam-se basicamente nos seguintes itens: toda a organização é um sistema tangível cujo desempenho depende de como interagem suas etapas e processo, e tem pelo menos uma restrição que vai limitar seu desempenho como um todo em direção ao alcance da meta fundamental. As restrições classificam-se em dois tipos: i) de recurso (física), a qual compreendem máquinas, equipamentos, pessoas, veículos, instalações; ii) político-culturais, referindo-se à normas, aos procedimentos, às demandas de um produto, às práticas e aos paradigmas culturais das organizações.

Quando os recursos são inferiores a demanda, funcionam com “gargalos” que restringem o desempenho organizacional como um todo. De acordo com o autor, uma hora perdida num gargalo é uma hora perdida em todo o sistema, sendo que os esforços devem ser concentrados nos gargalos pois estes apresentam os maiores impactos sobre as metas. As restrições físicas (recursos gargalos) devem ser identificadas, por que são eles que vão determinar o fluxo do sistema como um todo. Uma vez identificadas, deve-se elevar a capacidade do recurso restritivo, através da aquisição de novos equipamentos, contratação de novos funcionários, entre outros. Contextualizando, exemplifica-se o caso de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), onde, a obtenção de um Eletrocardiograma (ECG) leva um tempo demasiado para sua execução devido a ter-se apenas um em funcionamento adequado, por os demais encontrarem-se danificados e sem manutenção adequada (restrição-gargalo).

No contexto atual, gerenciar as restrições no âmbito hospitalar dos sistema público torna-se imprescindível para obter-se melhor desempenho do sistema e aprimorar as respostas dos processos utilizados na atenção aos pacientes. Nestes serviços, o fluxo de pacientes segue, basicamente três processos, de acordo com Gonçalves (2004): triagem, diagnóstico e tratamento, onde, a interação entre cada um dos processos é de fundamental importância, assim rapidez e a precisão na assistência ao cidadão, uma vez que muitos pacientes apresentam-se em situação crítica, que implica perda da vida ou danos irreparáveis.

### 3.3.1. Gerência dos Recursos Humanos

Segundo Pieratoni (2004), em países sub-desenvolvidos se observa baixa capacidade institucional para implementação de políticas setoriais, apresentando recorrentes fracassos na prestação de serviços, e, como conclui a autora, “o planejamento e o gerenciamento de recursos humanos de saúde, configuram-se como pontos nodais para o equacionamento dos

profundos problemas relacionados a essa baixa capacidade.” Para essa autora, é de causar perplexidade a histórica negligência e mesmo a ausência de políticas para recursos humanos no setor saúde, a despeito da participação do pagamento de pessoal nos custos dos sistemas de saúde. Ela atribui tal situação aos seguintes fatores:

1. abordagens macroeconômicas que focalizam aspectos quantitativos da força de trabalho do setor saúde, em detrimento de uma abordagem contemporânea, em nível micro, que se concentra na motivação e no desempenho;
2. políticas públicas centralizadas de regulação de emprego, ditadas por setores financeiros dos governos em que políticas setoriais estão confinadas a um papel de implementação e interpretação de diretrizes nacionais;
3. não valorização do papel dos profissionais, especialmente os da área da saúde, cuja formação enfatiza valores relacionados com autonomia e regulação profissional próprias, mais do que com metas políticas e operacionais do sistema de saúde.

Em contraponto, Pierantoni et al (2004, p. 30) ressalta que:

“...no cenário internacional são apontadas uma série de desafios às questões da gestão do trabalho, sendo que alguns deste acumulam-se ao longo dos anos com destaques para a baixa remuneração e motivação das equipes, a iniquidade distributiva da força de trabalho, desempenho e *accountability* insatisfatórios dos profissionais.”

Ainda de acordo com esta, somam-se a estes, outros desafios emergentes, referentes à baixa capacidade de preparação e fixação de recursos humanos e o impacto das epidemias na força de trabalho em saúde, resultando em absenteísmo e sobrecarga de trabalho. Pierantoni aponta para quatro objetivos visando a superação de tais problemas relativos à questão de recursos humanos para a saúde, sendo eles: o aumento da cobertura e fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa; a garantia de competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde; aumento

do desempenho da equipe de profissionais diante dos objetivos definidos e o fortalecimento da capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor saúde.

Já no contexto nacional, a autora ressalta:

“No campo da capacidade gestora, é consensual que, a despeito de uma recente profissionalização da gestão impulsionada pela necessidade de qualificação para as novas funções, a herança conservadora e patrimonialista se contrapõe a uma administração pública profissionalizada que utilize a valorização do trabalhador, sua profissionalização com desenvolvimento de habilidades e responsabilidades, medidas de avaliação de desempenho, entre outras. Mais ainda, permanece a prática de “indicação política” e funções gestoras como de “governo” em detrimento do caráter técnico para qualificação da gestão.” (PIERANTONI et al; 2004: p. 58)

Como demonstrado em pesquisa efetuada em 2004, referente a gestão de recursos humanos na saúde em instâncias municipais, com mais de 100 mil habitantes, por Rorehs apud Pierantoni, tornou-se claro que o planejamento das ações de recursos humanos não está incorporado na prática dos dirigentes do setor, que afirmaram ter pouca ou nenhuma experiência neste quesito (72,3%), tendo estes como maior área de experiência a folha de pagamento de seus funcionários.

Ainda segundo Pierantoni (2004), a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta estratégias focalizadas para a área de recursos humanos a serem implementadas a curto, médio e longo prazo, sendo o apoio ao treinamento em serviço incluído nas estratégias de curto prazo.

Essa autora propõe substituir as formas de gerência verticalizadas por uma gerência horizontal:

“As formas verticalizadas de gerência são substituídas por gerência horizontal, com uma diminuição das funções de chefia e a introdução de sistemas mais participativos e abertos de decisão....’A força de trabalho’ é substituída pela ‘inteligência do trabalhador’, que assume posição gerencial e de monitoramento, abdicando-se da posição de ‘produtor’. Porém, essas formas de gerência são assumidas sem a necessária autonomia para a implementação das atividades gestoras, submetidas a interesses relacionados, prioritariamente com a ordem econômica.” (PIERATONI et al, 2004: p. 52)

### 3.3.2. Gerência da Área Física

Sob a ótica da qualidade, um dos conceitos pelos quais pode-se obter a melhor percepção dos pacientes no tocante a esta nas instituições são as evidências físicas, consideradas tangíveis (algo que neste caso pode ser visto, possui matéria, já que a prestação de serviços é caracterizada como intangível, por consistir em ações como status, conforto, etc.), sendo listados por Loures (2003), cinco componentes: 1 Instalações físicas e equipamentos; 2 Recursos Humanos; 3 Comunicação não pessoal; 4 Preço; 5 Outros pacientes.

O conceito de evidência física é dado por Loures (2003. p. 194), que consiste em:

“Evidência física são maneiras pelas quais os consumidores podem obter provas da qualidade do serviço de um fornecedor. [...] Os principais componentes da evidência física apontados pela literatura são: instalações físicas e equipamentos, Recursos Humanos e comunicação não pessoal.”

A intenção em tratar-se de instalações físicas, é exemplificar como esta possui influência em alguns comportamentos. Como citado pelo autor acima, Bitner cunhou o termo *servicescape* (cenário de serviço) para designar o local da prestação do serviço, local este onde ocorrem as interações ou encontros entre fornecedor e consumidor, no caso desta instituição o paciente. Nas observações do referido autor, o ambiente físico causa impacto sobre consumidores/pacientes e funcionários. Sendo o gerenciamento do ambiente físico, em relação aos funcionários, secundário em comparação a outras variáveis organizacionais que podem motivá-los, tais como promoções e benefícios. Porém, a autora ressalta, esta variável influencia positivamente a satisfação do consumidor/paciente e funcionários, como descrito



por Loures (2003): “Um *design* eficaz do local de prestação de serviço nessas organizações (hospitalares) antecipa respostas favoráveis de empregados e clientes a condições ambientais e cria local apropriado para o encontro de serviço”. Ainda, o mesmo autor refere que com este fator bem dimensionado, os funcionários possuem maior interesse na permanência em seu local de trabalho, ficando até horas mais além de seu horário e, a vontade de retorno a este.

Já em pesquisa efetuada por Terra (2003), que partiu do pressuposto de que, a opinião do usuário possui relevância na constituição do sistema público de saúde, pois este, na condição de cidadão, é ao mesmo tempo usuário na medida de que dele se utiliza, e sujeito, enquanto pessoa que emite uma opinião a respeito da qualidade dos serviços prestados, chegou ao seguinte resultado: quanto ao nível de satisfação do usuário, a maior aprovação refere-se à equipe médica, em todos os itens, como educação, respeito, interesse, informação sobre a patologia e resolutividade. A insatisfação demonstrada na pesquisa, refere-se à limpeza e acesso a equipamentos de uso público, a deficiência da estrutura física que associado ao tempo de espera são apontados como inadequados. E suma, há uma necessidade de reformulação nos espaços físicos e infra estrutura, pois este também constitui um instrumento de humanização do espaço institucional.

### **3. 4 Avaliação de Serviços de Emergência**

#### **3. 4.1 Conceituando Qualidade**

Sendo de difícil conceituação a qualidade na assistência na saúde, esta pode ser avaliada pela adequação a um grupo de expectativas ou padrões que segundo Kluck (2004) , derivam de três aspectos básicos: a eficácia, determinada pela ciência médica; a conformidade, determinada por valores e expectativas individuais; a legitimidade, determinada por valores e expectativas sociais. Assim, qualidade em saúde não é apenas

avaliada por termos técnicos ou da prática específica da assistência, mas sim em um conjunto de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos neste juízo de valor.

Sendo qualidade em saúde um conceito abstrato e fluído com complexa definição, Kluck (2004), baseada em Donabedian agrupou sete atributos fundamentais para esta, citados abaixo.

Eficácia (*efficacy*): habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos. Gráficamente:

$$\text{Eficácia} = \frac{\text{Atos úteis}}{\text{Atos}}$$

Efetividade (*effectiveness*): relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração, em que os estudos epidemiológicos e clínicos oferecem as informações e resultados para obter a resultante desta relação.

$$\text{Efetividade} = \frac{\text{Melhoria gerada pelo sistema oferecido}}{\text{Melhoria esperada pelo sistema ideal}}$$

Eficiência (*efficiency*): relação entre benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico, representado na seguinte equação:

$$\text{Eficiência} = \frac{\text{Melhoria gerada pelo sistema oferecido}}{\text{Custo econômico deste sistema}}$$

Otimização (*optimality*): estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. Graficamente, é o ponto de estabilização da curva de benefícios. Em outros termos, é a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis, ou é a relação entre as necessidades reais de saúde (com comprovação epidemiológica) e o atendimento das mesmas pelo sistema de saúde.

Aceitabilidade (*acceptability*): adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias, sendo este atributo composto por cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência, preferências do paciente quanto aos custos da assistência.

Legitimidade (*legitimacy*): possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem estar da coletividade.

Equidade (*equity*): determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

Pode-se analisar o conceito de qualidade dado pelo Ministério da Saúde português (1998) que conceitua:

“Qualidade na saúde: é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser proativo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integradamente como atributo a efetividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não a exigência única de aceitabilidade”.

Barros (1998), conceitua o exemplo acima como sendo vago e relata, podendo resumilo como “deve-se fazer o melhor possível”, e sugere dividir o conceito de qualidade em interno e externo, tratando-se do conceito de qualidade interna como de cunho administrativo baseado em indicadores e demais meios disponíveis, já qualidade externa tratar-se-ia da ótica do usuário através de sua percepção diante do serviço prestado. Nas definições de qualidade interna, de acordo com a definição do autor, seria “qualidade significa ter um processo produtivo que, condicional ao serviço ou bem que se pretende fornecer, implique a melhor utilização de recursos possível” (Barros, p 2). O autor conceitua qualidade externa como sendo “...atributos dos cuidados médicos prestados que aumentam o valor desses cuidados médicos para o usuário, ou, qualidade para o doente é a medida que os atributos/características dos cuidados prestados satisfazem as suas necessidades”(Barros, p. 3)

De acordo com Knobel, 1998, existem três níveis de qualidades, evidenciados a seguir.

**Qualidade Mandatória** - Este nível de qualidade seria o mínimo exigido em qualquer instituição, que se caracteriza por uma disponibilidade de atendimento, instalações físicas adequadas e as suas funções, pessoal especializado, equipamentos mínimos necessários, como assistência ventilatória, monitorização de dados vitais e eletrocardiografia, desfibrilador, e acesso a laboratório clínico e centro cirúrgico. Tais fatores citados incluem-se em artigo referente ao setor de UTI, porém são estes similares ao atendimento de emergência, podendo ser equiparados com as exigências mínimas propostas pela portaria número 2048/2002.

**Qualidade Esperada** - Este nível de qualidade é a que satisfaz a expectativa do paciente e seus familiares. Isso incluiria a garantia de acesso às informações, conforto, atenção por parte de todo pessoal envolvido no atendimento e tratamento, garantia do melhor resultado de acordo com o quadro clínico de cada paciente e da sua gravidade, e garantia de

menores danos secundários nos procedimentos empregados. Trata-se, neste nível de qualidade conceituado pelo autor, os benefícios intangíveis, obtidos de acordo com as percepções dos pacientes e familiares envolvidos pelo processo.

Qualidade Atrativa - Esta é a qualidade que supera as expectativas do paciente, seus familiares e outras pessoas a estes relacionadas. Além da “qualidade esperada”, o serviço ainda proporcionaria facilidades que garantissem o conforto e bem estar do paciente, preservando a privacidade e individualidade deste sempre que possível, como acesso a meios de comunicação, atenção e carinhos especiais com suporte psicológico individualizado. Para os familiares, seria também proporcionado conforto, acomodação, alimentação, higiene, comunicação, e suporte psicológico e social.

Neste nível de qualidade, além dos benefícios intangíveis abrangidos pelo nível de qualidade atrativa, temos o envolvimento de benefícios tangíveis, buscando em ambos a excelência.

#### 3.4.2 Indicadores Básicos de Qualidade nos Serviços de Urgência/Emergência

Indicadores são variáveis que medem quantitativamente as variações no comportamento dos critérios de qualidade anteriormente estabelecidos, descrevendo uma situação real, devendo, para tal, possuir características de uma medida válida em termos estatísticos, como: exatidão, confiabilidade, simplicidade, pertinência, validade e sensibilidade. Estes são marcadores da situação de saúde, performance de serviços ou disponibilidade de recursos definidos para permitir a monitorização de objetivos. (KLUCK, 2004).

Segundo Novaes e Paganini (1992), a busca de indicadores de qualidade, não deve procurar a descrição exaustiva dos serviços hospitalares mas sim a verificação dos dados mais representativos da realidade existente, cuja a análise possibilite obter conclusões eficazes de forma simples, sendo os indicadores facilmente verificados, quando possível até mesmo por apenas observação.

“Os indicadores proporcionam as informações necessárias e mensuráveis para descrever tanto a realidade como as modificações devidas à presença do serviço ou assistência.” KLUCK (2004).

Na atualidade, existe uma grande dificuldade dos gestores em trabalhar com dados e transformá-los em informações gerenciais, o que é, indubitavelmente, ferramenta fundamental em qualquer processo dirigente. Macedo (2003), ressalta a importância destes dados, conforme segue:

“A monitoração contínua do processo de gestão, o conhecimento da clientela, e a comunicação entre os diferentes parceiros da rede de assistência, necessitam invariavelmente de dados clínicos, epidemiológicos e administrativos de qualidade. Estes devem ser válidos, rapidamente acessíveis e apresentados em um formato prático afim de que se possa extrair informações úteis às decisões.” (MACEDO, 2003)

No que alude Macedo (2003), os indicadores podem ser:

**Relacionados à demanda:** Implicam a quantificação das solicitações de assistência que se apresentam nos serviços de urgências. Tem um valor informativo, prestando-se a avaliação do uso dos recursos assistenciais e sua gestão, além de permitir uma comparação do rendimento da unidade frente a outros serviços de urgência.

**Relacionados à qualidade:** Podem ser indicadores de Processo, que medem o funcionamento do serviço de urgências do ponto de vista organizativo e da qualidade dos

processos e indicadores de Resultado, que informam a qualidade e a capacidade técnica e resolutiva do serviço de urgências.

**Indicadores relacionados à demanda:**

**Número de atendimentos em unidades de urgência:** Descreve o número total de consultas realizadas em um período de tempo determinado. Entende-se por assistência em urgências àquela atenção que desenvolvida em uma unidade de urgência, gerada a partir da demanda da clientela. Não importa neste momento a complexidade do atendimento ou avaliações sobre a possibilidade do atendimento do caso em outros serviços. É um indicador puramente descritivo da quantidade total de trabalho assistencial realizado em um serviço de urgência, independe da população a ser coberta ou dos recursos disponíveis. Serve para estimar custos e em conjunto com outros indicadores, para avaliar a adequação de recursos.

**Percentual de atendimento de urgência segundo área de residência:** Permite perceber com maior clareza a origem dos pacientes que buscam a emergência. Se expressa sob forma de proporção.

**Percentual de atendimento de urgência segundo período de tempo:** Identificar variações sazonais na demanda às unidades. Pode-se optar como variável tempo: os dias da semana, meses do ano ou mesmo diferentes períodos do dia.

**Percentual de atendimento segundo motivo da demanda:** Implica a relação do total de atendimentos em virtude de uma determinada causa em um dado período de tempo com o total de atendimentos neste mesmo período de tempo. Possibilita perceber a importância de

uma determinada afecção no conjunto de atendimentos ofertado pela unidade, possibilitando assim uma maior adequação do serviço com relação a sua demanda.

**Frequência relativa:** Implica a relação da demanda ao serviço com uma base populacional de uma área geográfica definida (área de cobertura do serviço). A definição de área de cobertura e população a ser coberta apresenta problemas relacionados à definição dos limites geográficos e da base populacional utilizada. A solução proposta é trabalhar com um erro sistemático, assumindo-se como real a população definida pelo censo para uma determinada área geográfica estabelecida como “de responsabilidade da unidade”. O uso do indicador permite identificar zonas ou centros geográficos com maior ou menor demanda em relação a outras localidades, fornecendo indicativos de necessidade diferenciada de oferta de serviços segundo área geográfica. Tal indicador permite avaliar os “escapes da atenção primária”, no espaço delimitado, na medida em que indica situações de variados graus de complexidade que poderiam estar sendo atendidas em serviços da rede básica. Seu resultado pode indicar a necessidade de qualificação ou inclusão de serviços em determinadas áreas geográficas.

### **Indicadores de Qualidade**

**Tempo Médio de Espera para o primeiro atendimento:** Mede o tempo médio, em minutos, do momento de chegada do paciente até seu efetivo atendimento por profissional médico. Para que possa ser corretamente calculado o registro da hora de chegada do paciente deve ser feito no momento em que ele chega ao serviço, assim como a hora do atendimento deve ser registrada no momento em que ele é atendido no consultório médico. A rapidez com que um médico atende e avalia o paciente é um aspecto chave na qualidade da atenção



urgente, tanto do ponto de vista clínico, como da qualidade percebida pelos usuários. Este indicador permite conhecer, a partir da rapidez ou lentidão com que se presta atendimento médico, eficácia e eficiência da organização no sentido de evitar, que os doentes graves sejam afetados negativamente pela demora na assistência inicial. Dentro de nossa realidade o cálculo deste indicador deve contar com uma reavaliação de fluxos de atendimento, uma vez que, nem sempre, o paciente faz seu boletim de atendimento no momento de sua chegada ao serviço e, quando o faz, nem sempre o horário é registrado. Tal item deverá ser expresso em média de minutos. Deverão ser excluídos do cômputo do indicador os casos de consulta interrompida ou anulada, e aqueles casos em que o usuário desista do atendimento ou se ausente. Boletins sem anotação de horário deverão ser excluídos, e analisadas as suas causas.

**Tempo Médio de Permanência na Urgência:** É o tempo total em que o paciente permanece no serviço de urgência até sua saída, seja por alta, óbito, internação, transferência para unidade de observação ou transferência para outra unidade. Uma característica fundamental da atenção urgente é a rapidez. O paciente que é visto em um serviço de urgência deve ser atendido sem grandes ilações, o objetivo é identificar em pouco tempo o seu problema e buscar a solução mais adequada, no contexto real em que se apresenta. Um tempo de estadia prolongado em um Serviço de Urgência pode significar déficit de organização, circuitos inadequados, serviços de apoio e suporte insuficientes, etc. Neste caso, cada unidade deverá estabelecer parâmetros para averiguar as causas do incremento da permanência. Para o cálculo deste indicador deverão ser excluídos os casos em que a consulta tenha sido anulada ou interrompida, ou que o usuário desista ou se ausente da consulta. Devem ser excluídos também os casos em que os horários não tenham sido anotados, investigando-se as suas causas.

**Grau de preenchimento da história clínica:** O registro correto e completo da documentação clínica gerada pelo processo assistencial é um dos aspectos básicos da qualidade na assistência. Sem esta documentação é impossível avaliar a qualidade dos atos médicos e sua idoneidade ou adequação ao problema de saúde do paciente. Além disso, a história clínica é o instrumento mediante o qual se comunica a informação clínica a outros profissionais que podem ter responsabilidade assistencial sobre o paciente permitindo o seguimento clínico do mesmo. Deste modo, um ato médico não pode considerar-se completo e de qualidade sem uma história clínica bem documentada e registrada de acordo com critérios comuns estabelecidos em cada serviço. O indicador é expresso pela proporção de histórias clínicas (HC) que tenham sido completadas de maneira legível, pelo menos, nos seguintes itens: Identificação do paciente (nome, sobrenome, idade, sexo ou algum elemento identificador; “desconhecido” e local de moradia), Identificação do médico responsável (número legível do CRM); Hora de início do atendimento médico; Data; Motivo da consulta (o relatado pelo paciente); Exame físico; Exames complementares solicitados (podemos considerar suficiente sua enumeração); Hipótese diagnóstica codificada (deve constar, mesmo que seja provisório e submetido às reservas e limitações próprias da assistência urgente); Tratamento prescrito ou recomendado (deve incluir, neste caso, o tratamento administrado durante a permanência no serviço).

**Grau de disponibilidade de informações a pacientes e familiares:** é a medida do grau informação de pacientes e familiares a respeito dos seguintes aspectos: Identificação do médico responsável; Impressão diagnóstica inicial; Procedimentos e técnicas a realizar, Circuitos dentro do serviço (fluxos); Diagnóstico e plano terapêutico (se existir). Além de tratar-se de um direito do paciente, reconhecido em lei, se soma a evidência constatada de que uma boa informação melhora a relação terapêutica médico-paciente e alivia a angústia de seus

familiares. Além de evitar reclamações como consequência de uma insuficiente compreensão da natureza e alcance dos problemas e dos cuidados ofertados.

**Percentual de Codificação dos diagnósticos de alta com a CID 10:** Mede a quantidade de informes de alta nas quais o diagnóstico clínico tenha sido codificado. Como instrumento de codificação propomos a CID 10. É considerado adequado a codificação do diagnóstico principal. No caso da emissão de vários diagnósticos simultâneos, relacionados à consulta atual, todos devem ser codificados. A proposição desta codificação se baseia na enorme variabilidade presente na prática clínica, que se expressa no fato diagnóstico. Este elemento da história é um dos objetivos fundamentais do médico (em sua prática diária), sendo de importância capital não só do ponto de vista clínico (por razões óbvias), como da perspectiva da investigação, avaliativa e/ou gestora. A simplificação e homogeneização dos diagnósticos por meio de um sistema definido de códigos, universal, preciso e validado se constitui em uma importante ferramenta para o planejamento e avaliação dos serviços bem como em um elemento fundamental na avaliação da qualidade assistencial.

**Proporção de Internações:** Mede o número de pacientes que necessitam internação hospitalar em relação ao total de pacientes atendidos no Serviço de Urgência. Oferece informação indireta sobre a gravidade das urgências atendidas, assim como (de forma indireta e relativa) sobre a capacidade resolutiva e a complexidade do serviço de urgência.

**Taxa de retorno ao Serviço de Urgências:** Mede a quantidade de pacientes que retorna ao serviço de urgências dentro das 72 horas seguintes ao atendimento (3 dias), por qualquer causa. Indiretamente dá uma medida de qualidade técnica das soluções dadas pelo serviço de urgências. No sentido estrito do termo, deveriam ser levadas em consideração

somente os que retornassem pelo mesmo motivo. Como pode tornar-se difícil ou até mesmo impossível definir com clareza, se é ou não o mesmo motivo que o faz retornar. Neste sentido, uma complicação ou um sintoma novo sobrevindo no curso de um problema, não bem resolvido, poderia falsear o valor do dado. Por este motivo é preferível incluir os retornos por qualquer causa, dado que o viés introduzido talvez seja menor e menos relevante. Embora seja comum que uma proporção de pacientes, mesmo tendo sido corretamente atendidos e tratados, tenham uma evolução desfavorável e precisem de nova assistência pelo serviço de urgência, não é menos certo que quando a qualidade técnica não é ótima – por razões que não se irá enumerar – é provável que alguns pacientes não recebam o diagnóstico ou o tratamento adequado, ou não tenham sido detectados todos os seus problemas de saúde, e precisem por isso de uma nova atenção.

**Taxa de mortalidade nas Urgências:** Mede a proporção de pacientes que morrem no Serviço de Urgências havendo chegado com vida ao mesmo. Excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência no Serviço de Urgências e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos), assim como durante as transferências internas. Mede indiretamente a capacidade e eficácia do Serviço de Urgências para resolver os casos mais críticos com rapidez, seja solucionando o problema com seus meios ou derivando o paciente para o serviço, unidade ou centro mais adequado a gravidade do caso.

## **4 Objetivos**

### **4.1 Objetivo Geral**

Diagnóstico da qualidade da assistência prestada no setor de emergência de um hospital municipal de médio porte, sob a ótica dos enfermeiros.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- 1 Caracterizar a Política Nacional de Urgência e Emergência;
- 2 Caracterizar as condições de qualidade ideal de um Serviço de Emergência ;
- 3 Verificar os requisitos de qualidade preconizados na política nacional de urgência e emergência no Hospital em questão.
- 4 Identificar os nós críticos do serviço de emergência estudado no tocante à qualidade;
- 5 Propor soluções para melhoria do funcionamento do serviço visando a ampliar a qualidade deste.

## **5 Metodologia**

### **5.1 Tipo de Estudo**

O presente estudo caracteriza uma pesquisa qualitativa exploratória descritiva que almeja, através da realidade vivenciada pelos enfermeiros atuantes no Serviço de Emergência, desvelar um diagnóstico referente à qualidade da assistência prestada neste. De acordo com Minayo (1996) a presente metodologia inclui as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitem a compreensão da realidade. A pesquisa de abordagem qualitativa preocupa-se com a compreensão dos seres humanos e da natureza de suas interações consigo e com os outros, como citado por Polit e Hungler (1995).

### **5.2 Participantes**

Serão entrevistados todos os enfermeiros que integram a equipe do serviço de emergência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo, dos turnos da manhã, tarde e noite, que são em número de quatro, conforme a disponibilidade e interesse em participar da pesquisa.

### **5.3 Descrição do local**

A Unidade de Emergência localiza-se no Hospital Municipal de Novo Hamburgo, andar térreo, caracterizando-se por ser uma emergência geral. Esta é dividida em setores de urgência e emergência, constando com acessos de entrada distintos para tais setores.

No setor de emergência possui-se capacidade instalada para oito pacientes (sala de emergência), sala de curativos limpos e contaminados, expurgo, sala de materiais e Raio X). No setor de urgência consta recepção, sala de observação, isolamento, 03 consultórios, sala de traumatologia/gesso, sala de medicações, expurgo e banheiro.

O quadro de técnicos de enfermagem varia de dois a três na sala de medicações, dois a três na sala de observação, um técnico de enfermagem no acolhimento, um na sala de traumatologia, um nas salas de curativos e três a quatro na sala de emergências. Ainda consta de um enfermeiro por turno de trabalho na unidade.

### **5.4 Coleta de dados**

Realizou-se a coleta de dados no período de janeiro a março de 2005, através de um roteiro semi-estruturado (Anexo I), que possuiu o intuito de permitir a livre expressão dos participantes, proporcionando-lhes o livre fluxo de idéias.

Como citado por Polit e Hungler (1995), o método não estruturado permite ao pesquisador a exploração de problemas ou questões básicas, a verificação do quanto é sensível ou controverso é o assunto tratado, da forma como as pessoas conceituam os problemas e tratam sobre estes e da diversidade de opiniões ou comportamentos existentes relevantes ao assunto.

### **5.5 Aspectos éticos**

Foi mantido o caráter confidencial das informações fornecidas no decorrer do estudo, preservando a identidade dos envolvidos neste.

Houve o esclarecimento referente aos objetivos propostos pelo estudo sendo solicitado a autorização dos participantes envolvidos neste.

### **5.6 Análise dos dados**

As entrevistas com os participantes foram gravadas e transcritas para melhor proceder a análise. Sendo as perguntas norteadas pelo roteiro, após a transcrição das entrevistas as idéias foram relacionadas e, muitas redundaram entre si e entre os participantes da pesquisa. Também neste momento cotejou-se os dados com a revisão teórica apresentada neste trabalho.



## 6 Resultados e Discussão

As entrevistas realizadas deram-se no período de dezembro de 2004 a fevereiro de 2005, época em que as condições políticas adversas, com a execução de novo pleito devido a anulação da primeira eleição, vieram, no ponto de vista deste pesquisador, afetar diretamente a qualidade das entrevistas devido ao clima de instabilidade gerado. Outro fator concorrente para a análise dos dados coletados é o de que os enfermeiros entrevistados, transmitiram mais, diante das entrevistas, uma queixa em relação às más condições de trabalho do que percepções de qualidade.

Ao serem indagados sobre as condições ideais de um Serviço de Emergência, os enfermeiros foram unânimes em diagnosticar como interveniente determinante nas condições de qualidade, a falta de capacitação técnica dos recursos humanos empreendidos no atendimento aos pacientes da emergência. Os profissionais citados incluem médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, como fica evidente no depoimento dos enfermeiros entrevistados:

*“No setor os principais problemas que se tem é a falta de recursos humanos qualificados, não só qualificados, falta recursos humanos mesmo, e qualificados mais ainda. São as duas coisas, pois nós temos funcionários aqui que nunca tiveram um treinamento, eles aprenderam na prática. Isso para todos, não só para a enfermagem – Técnicos e auxiliares – médicos, enfermeiros, toda a equipe [...]...então, para se ter o serviço ideal, é aquilo que eu te disse antes – ter recursos humanos de qualidade – e, proporcionar ao funcionário treinamento e aperfeiçoamento, uma capacitação contínua. Isso é aplicar qualidade.” Entrevista 1*

*“A princípio que se tivesse condições de recursos humanos suficientes e incentivo da instituição para que se tivesse um trabalho melhor dentro de uma emergência, por que isso falta dentro da instituição, e também uma qualificação melhor para o funcionário, por que atualmente eles estão pegando o funcionário e colocando direto dentro da emergência...”Entrevista 2*

*“...os funcionários não possuem um incentivo, um treinamento, ficam desmotivados e além disso são mal remunerados, não tem perspectiva nenhuma...em primeiro lugar, definir o que é serviço de emergência e as rotinas e protocolos que não existem! E, em cima disto, poder fazer o atendimento, se não, tu fica solto.” Entrevista 3*

*“Qualidade ideal, principalmente em uma emergência, é a parte humana. Pessoal capacitado, habilitado e em número suficientes para atender de forma humanizada e individualizada as emergências...[...] Principalmente a falta de qualificação do pessoal que trabalha em emergência, técnicos, enfermeiros e médicos...a nível geral, teria que se ter uma administração eficaz, com profissionais para esta ou pessoas capacitadas para estas funções.”Entrevista 4.*

Os participantes da pesquisa apontam ainda, a ausência de recursos humanos em quantitativo suficiente para o cumprimento das funções mínimas exigidas.

Ao serem inquiridos a respeito dos principais problemas existentes na sua unidade de trabalho, que interferem na qualidade de atendimento ao usuário, os entrevistados voltaram a apontar a falta de capacitação técnica e a insuficiência quantitativa dos recursos humanos, indicando claramente que ao sanar tais deficiências se poderia vir a reduzir os problemas intervenientes na qualidade.

Ainda dentro das condições ideais de um Serviço de Emergência, os enfermeiros apontam para as más condições de trabalho, para a falta de recursos dispostos pela instituição para a realização da assistência ao usuário do serviço de emergência, apontando estes fatores como cruciais para o aprimoramento dos serviços assistenciais prestados.

*“...falta do mais básico ao mais complexo. Falta desde uma simples dipirona até o monitor cardíaco, que não é nem uma coisa tão complexa assim, mas é uma coisa essencial...[...] ..em segundo lugar, com relação à falta de materiais, falta desde uma dipirona até um monitor cardíaco adequado. Falta de tudo e o pessoal acaba fazendo aquele “jeitinho brasileiro” e faltando um atendimento de qualidade. Falta colar cervical, falta assim, coisas básicas para um serviço de emergência...faltam algumas salas apropriadas na questão da área física, sala de conforto, descanso, sala de lanche, uma sala para cardiopatas que ficam juntos com outras pessoas como os politraumas na sala de emergência. São coisas bem importantes de se ver.” Entrevista 1*

*“A princípio que se tivesse condições de materiais suficientes, como monitor, cardioversor em condições, ECG em condições, bombas de infusão (B.I.) em condições, eu digo em condições eu digo não que tu utilize ele um mês e tenha que mandar para o conserto. Forma que deveria ter também um serviço de manutenção preventiva, não aquele que tu manda para o conserto, demora um mês, e quando vem estraga de novo e tu tem que mandar para o conserto. Não tem aquela manutenção preventiva do material a ser usado.” Entrevista 2.*

Também, quando foram instados a falar sobre as condições ideais de um Serviço de Emergência, os entrevistados apontaram as falhas e ausência de diretrizes por parte da área administrativa:

*“...outros problemas como eu falei, da falta de medicação e material, isso aí é uma questão até de uma administração que não tenha o cunho, não tenha o perfil, para que possa avaliar de forma correta e priorizar isso ou aquilo. Então, essas pessoas, o que é meio cultural aqui, que vem, não são pessoas da área. O que acaba influenciando exatamente nisso daí. [...] Com relação à estrutura do setor. Ele foi reformado em 2002. Então, não fazem três anos que houve uma reforma no hospital e essa reforma reflete claramente a falta de conhecimento do administrador. Ele reformou e continuaram os problemas do espaço físico, da organização...” Entrevista 1*

*“ É a falta de responsabilidade de uma administração. Também pelo hospital ser político, que é uma coisa péssima para uma instituição ser extremamente política....em primeiro lugar nós temos a ineficiência profissional devida a falta de qualificação e em segundo a ineficiência gerencial.” Entrevista 2.*

*“Acredito que a condição de qualidade ideal de um serviço de enfermagem, se formos levar em conta o nosso trabalho aqui, ele tem que ter uma definição do que é um serviço de emergência e a finalidade de um serviço de emergência. Acho que fica em dúvida a respeito do que é este serviço. E acredito que quase todos os serviços tenham que passar por uma reformulação geral...[....] “Eles ocorrem justamente por que não existe uma administração, por que no momento em que houver uma administração, hierarquizada, consciente, as outras coisas venham a ter embasamento...” Entrevista 3.*

*“...acredito que viria a melhorar muito, além da educação continuada, a organização e ordenar as rotinas administrativas do hospital.” Entrevista 4.*

Como definição de serviço de emergência, fator este colocado como questionável na entrevista número 3, este conceito foi definido como:

*“...serviço que visa atender, o mais breve possível, pacientes com risco imediato de vida, que tenha estrutura e capacidade para fazer o melhor possível, da melhor forma, com a melhor qualidade.” Entrevista 3*

O estudo ainda apontou para um marcante fator de ausência de motivação profissional, sendo percebida pelos entrevistados em seus depoimentos como descaso por parte da instituição empregadora.

*“Como eu citei em questões de recursos humanos. O funcionário não é valorizado o suficiente. Tanto no valor financeiro quanto outro tipo. Até por que há anos não é oferecido nenhum incentivo para ele. Até mesmo a remuneração, que ela é bem abaixo do mercado. Principalmente para técnicos e auxiliares.” Entrevista 1.*

*“Com relação a recursos humanos. A questão salarial, questão de valorização. Política salarial. Uma coisa em relação a este sentido. Ai poderia se ter melhores profissionais. Também a instituição investir no profissional. De uma forma, ofertando, oportunizando capacitações, cursos, etc..” Entrevista 1*

*“...falta consideração com o próprio funcionário por parte da administração, para eles não importa como o funcionário está. Tu alerta eles que a emergência está lotada e eles deixam que continuem havendo o envio de pacientes, sobrecarregando a equipe, estressando a equipe.” Entrevista 2.*

*“...um pessoal que já fez especialização, como aqui no hospital, a falta de profissionais assim, por falta de condições de pagamento em geral, fator financeiro para pagamento. Os próprios profissionais saem da instituição por que o hospital não assume sua responsabilidade.....muitos médicos bons que estavam aqui estão em Porto Alegre porque? Por que lá oferecem melhores condições.” Entrevista 2.*

*“Acho que falta também reconhecimento do trabalho, valorização e principalmente respeito. Por que o funcionário da emergência, ele está ligado a atividades que não são inerentes a enfermagem, e mesmo assim se faz. Voltando lá, é problema administrativo, descendo em todas as categorias.” Entrevista 3.*

No ponto de vista dos enfermeiros entrevistados, referentes as possíveis soluções para sanar-se tais problemas, foi de consenso que se implementando uma administração eficaz, profissional e voltada para as diretrizes vigentes, sendo conhecedora destas, viria a sanar grande parte dos problemas encontrados, como demonstram os depoimentos a seguir.

*“Com relação a espaço físico e material, estes estão diretamente relacionadas a administração, que no caso específico é feita por pessoas que além de não serem necessariamente da área, é feita por pessoas sem graduação alguma. Pessoas que não tem experiência alguma nessa área. A primeira coisa seria ter uma administração que entendesse alguma coisa de uma emergência, do que se quer de uma urgência. A partir daí as coisas tomariam outros rumos.” Entrevista 1.*

*“Primordialmente ter uma administração que esteja engajada realmente em investir na saúde da população, em investir nos profissionais, para qualificar melhor os profissionais dentro de uma emergência. Por que uma administração que é submissa, uma administração que não está nem aí, que quer trabalhar com o mínimo, de funcionários, de materiais, somente para dizer estamos abrindo uma emergência, como qualidade já é péssimo.” Entrevista 2.*

Foi ainda citado pelos participantes da pesquisa como possíveis meios para a resolução dos problemas identificados, a valorização e treinamento do “pool” de profissionais existentes na instituição, o dimensionamento de recursos e estabelecimento de normas, protocolos e rotinas institucionais, o que também viria a somar nos quesitos de valorização e incentivos ao profissional atuante no serviço.

*“As soluções é justamente sanar estes problemas. Que é definições, protocolos e rotinas. E também conscientização, por que parece que a emergência do hospital é um ponto onde tudo tem que ser resolvido. E a parte humana ter mais treinamento, mais conhecimento. E o equipamento que também é defasado, dando uma péssima qualidade de atendimento. Acho que não tem equipamento para o atendimento emergencial. A situação fica difícil, temos que ter este equipamento.” Entrevista 3*

Observou-se também, a citação de pontos positivos no serviço de emergência, sendo que estes devem ser valorizados, mantidos e reconhecidos nos níveis gerenciais.

*“...algo positivo que eu vejo no serviço prestado aqui, é a boa vontade do funcionário em fazer o melhor, a busca individual pelo conhecimento fora da instituição. A gente tenta se aprimorar sem incentivo algum da instituição [...] aqui não se oferece um curso de capacitação na área, não te dispensam para fazer algo, é complicado. E mesmo assim o pessoal insiste e corre atrás.” Entrevista 1*

*“O pessoal aqui se esforça pelo paciente. Não tem? Se busca, vai atrás, dá um jeito, mesmo que não seja o melhor. Às vezes tu pensa: já estou cansado disso! Mas o que importa é o paciente ficar bem.” Entrevista 4*

## **7 Considerações Finais**

Nas entrevistas dos participantes fica evidenciada a percepção das precárias condições de trabalho fornecidas pela instituição: falhas na infra-estrutura, falta de organização nos processos de trabalho, ausência de capacitação dos recursos humanos e reduzido contingente de pessoal, com baixa remuneração, fatores que são percebidos como fruto do descaso da administração e que têm um reflexo determinadamente negativo na qualidade da assistência prestada aos usuários do Serviço de Emergência do hospital. Diversas citações dos participantes do estudo demonstraram “gargalos” como demonstrado na revisão teórica deste trabalho, citado por Gonçalves (2004).

A falta de clareza e ausências de diretrizes por parte da administração da instituição, deixam clara a necessidade de obtenção de profissionais administrativos especialistas na área para a implantação de programas para o redirecionamento institucional, através do estabelecimento de objetivos e normas para obtenção de parâmetros avaliativos e resultados na implantação da qualidade assistencial. A obtenção de indicadores de qualidade em emergência, torna-se em tal momento imprescindível para que se possa averiguar conceitos básicos da administração (eficácia, eficiência e efetividade) que, ao que se evidenciou nos depoimentos apresentam-se esquecidos ou negligenciados pela administração do serviço.

Por sua vez, a falta de equipamentos em número e condições suficientes para sua utilização e a manutenção preventiva adequada para estes, tratam-se de condições básicas e essenciais para o funcionamento de qualquer unidade de serviço, hospitalar ou não, uma vez

que sem os insumos necessários ao seu tratamento, o paciente não receberá a correta assistência para sua patologia.

A falha no estabelecimento de rotinas administrativas e de protocolos clínicos tornam o dia-a-dia de um serviço de emergência desorganizado, e com direcionalidade questionável e/ou indefinida, influenciando diretamente no cuidado prestado ao paciente, tanto pelo pessoal médico quanto de enfermagem, determinando a qualidade do atendimento.

Perante a unânime reclamatória dos participantes da pesquisa em ressaltar a falta de uma educação continuada para os recursos humanos em atividade no setor de emergência deste hospital, cabe lembrar mais uma vez que a Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002, com prazo de dois anos para sua efetiva implementação, ou seja, já estando em vigor pleno, determina em seu capítulo V, item 2, sub-ítem 1.1: “Toda equipe deve ser capacitada nos Núcleos de Educação em Urgências e treinada em serviço e, desta forma, capacitada para executar suas atividades.”. Segundo essa portaria, não havendo a disponibilidade nos Núcleos de Educação em Urgência, há o dever de treinamento interno ou em serviço, frisando que: “No caso de treinamento em serviço, o Responsável Técnico pela Unidade será o coordenador do programa de treinamento dos membros da equipe.”. Tal resolução direciona a responsabilidade pelo treinamento de pessoal ao Diretor Técnico do hospital de emergência, que deverá dispor de treinamento aos funcionários em serviço na instituição. De acordo com Pierantoni (2004) anteriormente citado, aponta para a necessidade urgente de estratégias para o gerenciamento de recursos humanos no setor da saúde.

Outro item crítico detectado, a falta de motivação dos profissionais atuantes no serviço, requer a implantação de políticas organizacionais internas, as quais venham a valorizar o funcionário, diante de planos de carreiras e incentivos, para a questão de baixos salários que, como citado por parte dos entrevistados, encontra-se abaixo dos oferecidos pelo mercado. E ainda, para fins de motivação, a implantação de benefícios por metas atingidas

seria a alternativa para o melhor desempenho da assistência e satisfação do usuário do serviço e do funcionário operante. Tais experiências já obtiveram resultados positivos em grandes organizações voltadas para a melhoria da qualidade assistencial prestada ao usuário. Entretanto, apesar de diversas dificuldades como as demonstradas pelos entrevistados, sendo estas de cunho organizacional, infra-estrutura e processos, ressalta-se, conforme depoimentos deste próprios o empenho dos funcionários na busca de efetuar o melhor possível para o paciente em atendimento.

Em resumo, como foi visto na revisão teórica, o setor de emergência em questão não foge da realidade nacional do Sistema de Urgência/Emergência. Entretanto, a cidade de Novo Hamburgo possui o quinto maior PIB (Produto Interno Bruto) do Estado do Rio Grande do Sul, e é de supor que existam recursos no município para corrigir as falhas apontadas no Serviço de Emergência do Hospital Municipal. Necessita-se de forma primordial e urgente a inclusão de profissionais administrativos especializados na área de gestão hospitalar no quadro funcional da instituição, para efetuar um diagnóstico mais apurado da real situação vigente nesta, sendo este o marco inicial para a implementação de normas e diretrizes que visem a melhoria dos serviços assistenciais fornecidos à população que utiliza este serviço.



## Referências

ARENSON-PANDIKOW, H.; BORDIN R.; WOLFF, J. M.; BRUM, M. C. Estágio em Urgência e Emergência: Projeto Integrado de Avaliação do Ensino Médico, 1993, in 13ª SEMANA CIENTÍFICA DO HCPA. **Anais Científicos ...** N ° 9. Porto Alegre.: 27. 1993.

ALMEIDA, M.A.; PIRES, M.; RIBEIRO, C. A. Caracterização do Atendimento Prestado a Clientela na Sala de Procedimentos (SP) do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1993, in 13ª SEMANA CIENTÍFICA DO HCPA. **Anais Científicos ...** N ° 9. Porto Alegre: 105. 1993.

BARROS, Pedro P., Qualidade em Cuidados de Saúde – avaliação e melhoria. In Encontro Anual da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1998, Lisboa, **Anais Eletrônicos**, 1998, Disponível em: <[http://ppbarros.fe.pt\\_qualidade](http://ppbarros.fe.pt_qualidade)>; Acesso em: 19/02/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2923/GM 1998**, Institui o programa de apoio a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portaria2329/98.htm>> Acesso em: 04/11/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 737/GM 2001**. Aprova a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portariastecnicas>> Acesso em: 27/10/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n ° 2048/GM 2002**. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portariastecnicas>> Acesso em: 25/10/2004.

CHAVES, Denise. ; MACÊDO, Marcus ; SILVA, Maurelize; FERREIRA, Sandra; PANNEBECKER, Sônia. Estudo Sobre Triage no Serviço de Emergência. Revisão de Literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre; v. 8: 181-196. 1987.

CHIORO, Arthur, A Política Nacional de Atenção Integral às Urgências. In Seminário Nacional de Urgência e Emergência, 12, 2003, Brasília, **Anais Eletrônicos**, 2003, Disponível em: <<http://portal.saude.gov.Br/download/seminariochioro/htm>>; Acesso em: 02/11/2004.

FEKETE, Maria C.. A Qualidade na Prestação do Cuidado em Saúde. In:\_\_\_\_\_. **Texto de Apoio da Unidade Didática I**. Belo Horizonte, 2000. p. 51-57. Disponível em: <[http://www.opas.org.Br/rh/publicações/textos\\_apoio\\_2.pdf](http://www.opas.org.Br/rh/publicações/textos_apoio_2.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2005.

GRAFF, Louis; STEVENS, Carl ; SPAITE, Daniel; FOODY, JoAnne. Measuring and Improving Quality in Emergency Medicine. **Academic Emergency Medicine**, Connecticut; v. 9 : 1091-1107. 2002.

GALLOTTI, Renata M., Gerenciamento de Riscos – Qualidade da Assistência – Categorias Profissionais e Eventos Adversos em Pacientes Internados em Serviço de Emergências Clínicas de um Hospital Universitário Terciário. In 6 ° Congresso de Qualidade para Serviços Hospitalares – QUALIHOSP, 2003, São Paulo, **Anais Eletrônicos**, 2003; Disponível em: <<http://www.qualihosp.com.Br/anais.pdf>>; Acesso em: 22/03/2005.

GALLOTTI, Renata M., Gerenciamento de Riscos – Qualidade da Assistência – Eventos Adversos e Óbitos Hospitalares em Serviço de Emergências Clínicas de um Hospital Universitário Terciário. In 6 ° Congresso de Qualidade para Serviços Hospitalares – QUALIHOSP, 2003, São Paulo, **Anais Eletrônicos**, 2003; Disponível em: <<http://www.qualihosp.com.Br/anais.pdf>>; Acesso em: 22/03/2005.

GONÇALVES, Antônio A., **Aplicação da Teoria das Restrições em Emergência Hospitalar: O Caso do Hospital XYZ**. AEDB. 2003. Disponível em: <<http://mercúrio.iqs.pt/pdf/03-2004/kf41-44.pdf>> Acesso em: 12/03/2005.

GURGEL JUNIOR, Garibalde D.; VIEIRA, Marcelo M.. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções e conceitos**. Ciência e Saúde Coletiva. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10251.pdf>> Acesso em: 20/04/2005.

JUNG, Gladis; OLIVEIRA, Angela; CORRAL, Seméia. A Implantação do Therapeutic Intervention Score System – TISS no Serviço de Emergência do Hospital Mãe de Deus. **Revista Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro; n. 13: 27-31. 2003.

JUNG, Gladis. **Desenvolvimento de um Modelo Integrado ao Activity-Based Management (ABM) para a Análise de Eficácia em Serviços de Emergência**. Tese de Mestrado – Escola de Engenharia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2002. Disponível em: <[http://www.produção.ufrgs.br/dissert\\_mestrado/gladis\\_Jung.pdf](http://www.produção.ufrgs.br/dissert_mestrado/gladis_Jung.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2005.

KLUCK, Mariza. Famed/UFRGS/HCPA. **Indicadores de Qualidade para Assistência Hospitalar**. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.cih.com.Br/indicadores.htm>>. Acesso em: 16 fev. 2005.

KNOBEL, Elias; AVEZUM, Álvaro; HAIBI, Douglas; BRANDT, Reynaldo. Qualidade e Custos em Terapia Intensiva. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.08:603-620.1998.

LÓPEZ, Mário. **O Sistema de Atendimento das Emergências Médicas**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, .1984.

LOURES, Carlos A.. **Um Estudo Sobre o Uso da Evidência Física para Gerar Percepções de Qualidade em Serviços: Casos de Hospitais Brasileiros**. Tese de Mestrado. Faculdade de Economia. Universidade Federal de São Paulo. 2003. Disponível em:<<http://teses.usp.br/tde.pdf>>. Acesso em: 16.fev. 2005.

MACEDO, César R., Qualidade nos Serviços de Urgência. Alguns Indicadores. In Seminário da Política Nacional de Atenção Integral às Urgências. 10, 2003. Brasília. **Anais Eletrônicos**, 2003. Disponível em: <[http://dtr2001.saúde.gov.Br/samu/os/downloads/08\\_indicadores\\_qual](http://dtr2001.saúde.gov.Br/samu/os/downloads/08_indicadores_qual)> Acesso em: 12/03/05.

MENDES, Dulce de Castro. Serviços de Emergência – Conceituação, Normas e Planejamento. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, v.30: 65-70, 1994.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2ª Ed. São Paulo e Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

NOVAES, H. M., PAGANINI, J. . **Garantia de Qualidade: Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe**. N. 13. São Paulo: Série Silos. 1992.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Manejo de multitud de heridos. Administracion Sanitária de Emergência com Posterioridad a los Desastres Naturales**. Washington:v 27.1987

PIERANTONI, Célia, VARELLA, Thereza C., FRANÇA, T.. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da Teoria para a Prática.In\_\_\_\_\_.**Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises – Volume 2**. São Paulo. 2004. p.51 – 70. Disponível em: <[http://www.opas.org.Br/rh/publicações/textos/gestão\\_p.pdf](http://www.opas.org.Br/rh/publicações/textos/gestão_p.pdf)> Acesso em 12/03/2005.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

STENZEL, Ana C.; MISOCZKY, Maria C.; OLIVEIRA, Aládia I.. **Satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde**, Gestão Local em Saúde; Editora UFRGS, 2005.

STROZZI, Geni. Organização Assistencial de Emergência na Cidade de Florianópolis: Presente e Futuro. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis; v.13: 185-190, 1984.

TERRA, Sandra R., Opinião do Usuário: Indicador para os Serviços de Saúde. . In 6º Congresso de Qualidade para Serviços Hospitalares – QUALIHOSP, 2003, São Paulo, **Anais Eletrônicos**, 2003; Disponível em: <<http://www.qualihosp.com.Br/anais.pdf>>; Acesso em: 22/03/2005.

## **ANEXOS**

## **INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO**

1. Para você qual seria a condição de qualidade ideal de um Serviço de Emergência?
2. Quais os principais problemas interferentes na qualidade do atendimento que você percebe no Setor de Emergência?
3. Por que eles ocorrem?
4. Quais soluções poderiam ser implementadas para sanar os problemas?

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos e da justificativa da pesquisa.

Fui igualmente informado:

- Da garantia de receber respostas de qualquer pergunta ou esclarecimento;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízos ao meu trabalho;
- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

O pesquisador responsável por este projeto é Marco Aurélio Bach Pons – aluno do Curso de Pós – Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Especialização em Gestão em Saúde. Fone (51) 9997-1451. Tal projeto possui como Orientador Dra. Ana Cecília Stenzel – Escola de Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O presente projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Municipal de Novo Hamburgo em 29/12/2004.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

---

Nome e assinatura do Participante

---

Nome e assinatura Pesquisador

**Observação:** o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante do estudo ou seu Representante Legal e outra com o Pesquisador Responsável.