



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LARISSA GUTIERREZ DA SILVA**

**PERSPECTIVAS DA QUALIDADE NO ATENDIMENTO EM UM  
SERVIÇO PÚBLICO DE URGÊNCIA SOB A ÓTICA DOS  
TRABALHADORES**

**MARINGÁ**

**2010**

**LARISSA GUTIERREZ DA SILVA**

**PERSPECTIVAS DA QUALIDADE NO ATENDIMENTO EM UM  
SERVIÇO PÚBLICO DE URGÊNCIA SOB A ÓTICA DOS  
TRABALHADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação, Área de Concentração: Enfermagem e o Processo de Cuidado, da Universidade Estadual de Maringá - PR, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão do Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda

**MARINGÁ**

**2010**

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da  
Universidade Estadual de Londrina**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

S586p Silva, Larissa Gutierrez da.  
Perspectivas da qualidade no atendimento em um serviço público de urgência sob a ótica dos trabalhadores / Larissa Gutierrez da Silva. – Maringá, 2010.  
119 f. : il.

Orientador: Laura Misue Matsuda.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.  
Inclui bibliografia.

1. Assistência em emergências – Controle de qualidade – Teses. 2. Serviços de promoção à saúde – Controle de qualidade – Teses. 3. Garantia de qualidade dos cuidados de saúde – Teses. 4. Hospitais universitários – Serviço de emergência – Teses. 5. Gestão de qualidade – Teses. 6. Enfermagem – Pesquisa – Teses. I. Matsuda, Laura Misue. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083.98

**LARISSA GUTIERREZ DA SILVA**

**PERSPECTIVAS DA QUALIDADE NO ATENDIMENTO EM UM  
SERVIÇO PÚBLICO DE URGÊNCIA SOB A ÓTICA DOS  
TRABALHADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação, Área de Concentração: Enfermagem e o Processo de Cuidado, da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão do Cuidado em Saúde

Aprovado em: 13/12/2010

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carmen Silvia Gabriel  
Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Angélica Pagliarini Waidman  
Universidade Estadual de Maringá – Departamento de Enfermagem

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda (Orientadora)  
Universidade Estadual de Maringá – Departamento de Enfermagem

## **Agradecimentos**

*Com muita alegria e satisfação, quero de coração agradecer a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste trabalho. Caso minha memória não seja fiel e alguns nomes não estejam aqui listados, sintam-se lembrados e recebam o meu sincero agradecimento.*

*Em primeiro lugar, quero agradecer a **DEUS**, pela sua presença forte e contínua em minha vida, por renovar as minhas forças e por mostrar o Seu infinito amor a esta sua filha, que muitas vezes se sentiu fraca, sem esperanças e angustiada. Obrigada, meu Deus!*

*Aos meus queridos pais, **Conceição e Edvaldo**, que, apesar de não terem feito uma faculdade, tanto se esforçaram (e ainda se esforçam) para a educação dos filhos. Obrigada por me darem colo e ouvirem minhas angústias, mesmo que fosse pelo telefone; por serem firmes e oferecerem seus sábios conselhos; por emprestarem o carro para eu viajar até São Paulo; por me mostrar o caminho do amor, do respeito, da honestidade e acima de tudo, o caminho de Deus. Vocês, os meus professores da vida, terão agora três filhos "mestres"!*

*Ao meu companheiro e muito mais que namorado, **Luis Fernando**. Você que me incentivou imensamente mesmo a quilômetros de distância; que enxugou minhas lágrimas quando a aflição chegava e não queria ir embora; que quis saber o motivo da minha angústia na frente do computador e pedia para eu ler o que havia escrito para dar a sua opinião autêntica; que me distraía com suas brincadeiras e me levava para passear mesmo que fosse para ir ao mercado comprar pão. Formaremos uma linda família!  
Te amo, coração!*

*Aos meus estimados familiares: irmãos, cunhados, sobrinhos, tios, primos, que acompanharam o meu esforço para a realização deste trabalho e torceram por mim. Um beijo especial para minha amada e carinhosa irmã **Karina**, com quem partilhei minhas dívidas e aflições de mestranda, e que logo me dará a oportunidade de ter mais uma sobrinha em meus braços, trazendo muita alegria para a minha vida.*

*À prof. Dra. **Laura Misue Matsuda**, que tanto contribuiu para o meu crescimento como enfermeira-pesquisadora, transformando minhas vagas ideias em conhecimento científico e mostrando que a relação entre orientador e orientando pode ser pautada na amizade e na troca de experiências, não só científicas, mas de vida.*

Às prof. Dra. **Carmen Silvia Gabriel** e prof. Dra. **Maria Angélica Pagliarini Waidman**, pelas importantes contribuições desde a qualificação até a defesa da dissertação.

À prof. Dra. **Maria do Carmo Fernandes Lourenço Haddad**, minha grande amiga e anjo da guarda. Obrigada por partilhar seus valiosos conhecimentos e suas experiências com sua ex-residente, que tem um orgulho muito grande em poder fazer parte de sua vida.

Às minhas amigas de mestrado, pela amigável convivência. Fico muito feliz em fazer parte da turma de Mestrado em Enfermagem da UEM- 2009.

Um agradecimento especial a **Simone** e a **Tati** por me acolherem em seu apartamento e se tornarem a minha família maringense; e à querida **Denise**, com quem tive longas conversas, tornando as viagens de Londrina a Maringá muito agradáveis e divertidas. Sentirei saudades!

Aos meus amigos de Cornélio Procopio, pelas orações e torcida. Um abraço bem apertado para a **Melissa** e o **Neto**, que tantas vezes me ouviram sem entender muito bem o que eu dizia sobre o meu trabalho e compreenderam as minhas mudanças de humor, oferecendo o valioso ombro amigo.

Aos **profissionais** da unidade de urgência onde foi realizada esta pesquisa, por me acolherem de uma maneira impressionante, por disponibilizarem gentilmente seu tempo para as entrevistas e por fazerem a diferença em um serviço público.

Vocês comprovaram que é possível trabalhar com qualidade na assistência à urgência e emergência!

Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM pelo conhecimento compartilhado.

À secretária do mestrado, **Cristiane**, pela calma e atenção, pelas respostas às diversas dúvidas e por sempre oferecer um sorriso sincero.

À **Fundação Araucária** pela bolsa de estudo e ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pelo financiamento da pesquisa.

*"Comece fazendo o que é necessário,  
depois o que é possível,  
e de repente ,  
você estará fazendo o impossível."*

*São Francisco de Assis*

SILVA, Larissa Gutierrez da Silva. **Perspectivas da qualidade no atendimento em um serviço público de urgência sob a ótica dos trabalhadores**. 2010. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

## RESUMO

Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, que teve como objetivo apreender a percepção de trabalhadores de um Serviço de Urgência Público em relação à qualidade da Estrutura, do Processo e do Resultado do atendimento. O estudo foi realizado com dez trabalhadores que integravam a equipe multiprofissional e que possuíam no mínimo cinco meses de atuação no serviço. A coleta de dados ocorreu em abril de 2010, por meio de entrevistas individuais, utilizando a frase norteadora: “Fale sobre a sua percepção em relação à qualidade do atendimento no serviço de urgência”. Os dados foram tratados segundo a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, o que permitiu a identificação de três categorias: 1) Um Olhar para a Estrutura do Setor de Urgência; 2) Vivenciando as Interfaces do Processo de Atendimento no Serviço de Urgência; 3) Explorando o Resultado do Atendimento e a sua Relação com a Qualidade. Na primeira categoria, os entrevistados consideraram que a Estrutura do atendimento era satisfatória devido à disponibilidade dos recursos materiais; às reformas e às adequações realizadas; à qualificação e à capacitação profissional; ao repasse dos recursos financeiros conforme metas institucionais; ao direcionamento do atendimento por meio de protocolos; e ao monitoramento das informações através de indicadores de qualidade. Entretanto, houve relatos quanto às fragilidades na Estrutura, destacando-se a alta temperatura do ambiente e o déficit de recursos humanos. A segunda categoria foi dividida em duas dimensões intituladas Técnica e Relacional. Na primeira dimensão, os entrevistados identificaram a qualidade no processo de atendimento, evidenciando a integração entre o serviço de urgência e os serviços extrahospitalares; a necessidade da qualidade estar presente em todos os níveis de atenção do sistema de saúde; a expectativa e direcionamento das lideranças em relação à qualidade do serviço; a gestão de eventos adversos focada no processo de trabalho; a promoção da qualidade a partir do Acolhimento com Classificação de Risco e do atendimento de casos referenciados. Em relação à segunda dimensão, os entrevistados enfatizaram a ocorrência de práticas humanizadas por meio do respeito às

necessidades e preferências dos usuários e a relação favorável entre os trabalhadores. Destaca-se, no entanto, que alguns informantes expressaram descontentamento quanto ao trabalho em equipe. A terceira categoria apontou a relação do resultado do atendimento com a qualidade, destacando que os entrevistados valorizam a avaliação do processo de cuidado para o alcance de resultados positivos; que se empenham para a resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários; que estão dispostos a enfrentar os desafios relacionados à nova certificação de qualidade. Além disso, verificou-se que os informantes acreditam que não basta atingir metas institucionais, mas é preciso também atuar com humanidade e em parceria com o usuário. Um aspecto que precisa ser aprimorado na ótica dos entrevistados é a participação efetiva do usuário no processo de atendimento. Conclui-se que de maneira geral, no serviço investigado, a Estrutura, o Processo e os Resultados estão em sintonia com os preceitos da Gestão da Qualidade.

**Palavras-chaves:** Qualidade da Assistência à Saúde. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. Gestão de Qualidade. Serviço Hospitalar de Emergência. Pesquisa em Administração de Enfermagem.

SILVA, Larissa Gutierrez da Silva. **Perspective on quality care in a public emergency service under the workers optics.** 2010. 119 f. Dissertation (Master Degree in Nursing) – State University of Maringá, Maringá, 2010.

### **ABSTRACT**

A qualitative research, case study type, which aimed to capture the employees' perceptions of a Public Emergency Service in relation to the quality of Structure, Process and Result of the attendance. The study was conducted with ten employees who were part of the multidisciplinary team and had at least five months of experience in the service. Data collection occurred in April 2010, through individual interviews using the guiding phrase: "Tell us about your perception in relation to the care quality in the emergency room service". The data were treated using the Content Analysis technique proposed by Bardin, which allowed the identification of three categories: 1) A Look at the Emergency Department Structure; 2) Dealing with Process Service Interfaces in the Emergency Room; 3) Exploring the Care Result and its Relation to Quality. In the first category, the respondents considered that the attendance Structure was satisfactory due to the availability of material resources; reforms and adjustments made; qualification and professional training; transfer of financial resources according to institutional goals; direction of services by means of protocols; monitoring of information through quality indicators. However, there were reports about the weaknesses in Structure, highlighting the high temperature of the environment and human resources shortage. The second category was divided into two dimensions entitled Technical and Relational. In the first dimension, respondents identified the quality in the care process, evidencing the integration between emergency and extrahospital services; the necessity of quality to be present at all levels of health care system; the expectation and direction of the leaderships in relation to service quality; the management of adverse events focused on the work process; the promotion of quality from the Reception with Risk Classification and the attendance of referred cases. Regarding to the second dimension, respondents emphasized the occurrence of humanized practices through compliance towards the needs and preferences of users and the friendly relationship among the workers. It is noteworthy, however, that some respondents expressed dissatisfaction relating to teamwork. The third category showed care and quality relation result, noting that the respondents value the evaluation of care process in order to achieve positive results;

that they are engaged to the solving of problems presented by users; who are willing to confront the new challenges related to quality certification. More over, it was found that the participants assume that it is not enough to achieve institutional goals, it is also necessary to act with humanity and in partnership with the user. One aspect that needs to be improved, in the respondents' point of view, is the effective user participation during the service. It is concluded that in general, the service investigated, Structure, Process and Results are in line with the precepts of Quality Management.

**Keywords:** Quality of Health Care. Quality Assurance Health Care. Quality Management. Emergency Service Hospital. Nursing Administration Research.

SILVA, Larissa Gutierrez da Silva. **Perspectivas de la Calidad en la Atención en un Servicio Público de Urgencia bajo la Óptica de los Trabajadores.** 2010. 119 f. Disertación (Master en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

## RESÚMEN

Investigación Cualitativa, del tipo estudio de caso, que tuvo como objetivo aprehender la percepción de trabajadores de un Servicio de Urgencia Público en relación a la calidad de la Estructura, del Proceso y del Resultado de la Atención. La investigación fue realizada con diez trabajadores que integraban el equipo multiprofesional y que poseían, como mínimo, cinco meses de actuación en el servicio. La colecta de datos ocurrió en abril de 2010, por medio de entrevistas individuales, utilizando la frase norte: “Hable usted respecto su percepción en relación a la calidad de la atención en el servicio de urgencia”. Los datos fueron tratados según la técnica de Análisis de Contenido propuesta por Bardin, lo que permitió la identificación de tres categorías: 1) Una mirada hacia la Estructura del Sector de Urgencia; 2) Vivenciando las Interfaces del Proceso de Atención en el Servicio de Urgencia; 3) Explorando el Resultado de la Atención y su Relación con la Calidad. En la primera categoría, los entrevistados consideraron que la Estructura de la atención era satisfactoria debido a la disponibilidad de los recursos materiales; reformas y adecuaciones realizadas; calificación y capacitación profesional; transferencia de los recursos financieros conforme metas institucionales; direccionamiento de la atención por medio de protocolos; y la observación y el registro regular de las informaciones a través de indicadores de calidad. Pero hubo relatos cuanto a las fragilidades en la Estructura, principalmente con la temperatura alta del ambiente y el déficit de recursos humanos. La segunda categoría fue dividida en dos dimensiones intituladas Técnica y Relacional. En la primera dimensión, los entrevistados identificaron la calidad en el proceso de atención, evidenciando la integración entre el servicio de urgencia y los servicios extra hospital; la necesidad de la calidad estar presente en todos los niveles de atención del sistema de salud; la expectativa y direccionamiento de los líderes en relación a la calidad del servicio; la gestión de eventos adversos enfocada en el proceso de trabajo; la promoción de la calidad según el Recibimiento con Clasificación de Riesgo y de la atención de de casos referenciados. Con relación a la segunda

dimensión, los entrevistados enfatizaron el hecho de prácticas humanizadas por medio del respeto a las necesidades y preferencias de los usuarios y la relación favorable entre los trabajadores. Destáquese, sin embargo, que algunos informantes expresaron descontentamiento cuanto al trabajo en equipo. La tercera categoría apuntó la relación del resultado de la atención con la calidad, destacando que los entrevistados valoran la evaluación del proceso de cuidado para el alcance de resultados positivos; que emplearon todos los medios posibles para solucionar los problemas presentados por los usuarios; que se disponen a enfrentar los desafíos relacionados a la nueva certificación de calidad. Además, se verificó que los informantes asumen la postura de que no es suficiente atinjar metas institucionales, es también necesario actuar con humanidad y en sociedad con el usuario. Un aspecto a ser perfeccionado, según la óptica de los entrevistados, es la participación efectiva del usuario en el proceso de atención. Concluyese que, de forma general, en el servicio investigado, la Estructura, el Proceso y los Resultados están en sintonía con los preceptos de la Gestión de la Calidad.

**Palabras claves:** Calidad de la Atención de Salud. Garantía de la Calidad de Atención de Salud. Gestión de Calidad. Servicio de Urgencia en Hospital. Investigación en Administración de Enfermería.

## LISTA DE SIGLAS

CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COPEP	Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
CQ	Controle de Qualidade
GQ	Gestão pela Qualidade
ISO	International Standards Organization
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
QUALISUS	Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SU	Setor de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	14
2 APRESENTAÇÃO – MINHA TRAJETÓRIA .....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	20
3.1 <b>A QUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE</b> .....	20
3.2 <b>Os SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b> .....	27
4 OBJETIVO.....	34
5 PERCURSO METODOLÓGICO .....	35
5.1 <b>TIPO DE ESTUDO</b> .....	35
5.2 <b>CENÁRIO DE ESTUDO</b> .....	35
5.3 <b>SUJEITOS DA PESQUISA</b> .....	37
5.4 <b>PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS</b> .....	38
5.5 <b>ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	39
5.6 <b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	40
5.7 <b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	41
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
6.1 <b>ARTIGO 1</b> .....	43
6.2 <b>ARTIGO 2</b> .....	61
6.3 <b>ARTIGO 3</b> .....	85
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	103
REFERÊNCIAS .....	107
APÊNDICES .....	114
<b>APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista Individual</b> .....	115
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b> .....	116
ANEXOS .....	117
<b>ANEXO A - Autorização do Hospital</b> .....	118
<b>ANEXO B - Parecer do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP)</b> ..	119

## INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea vivencia profundas transformações em suas relações sociais e em seus processos produtivos. Neste contexto, o setor saúde foi atingido diretamente pelo desenvolvimento tecnológico e a especialização, ampliando-se a complexidade do atendimento, com maiores possibilidades de diagnóstico e tratamento. Como consequências, aumentaram-se os custos, a preocupação com a produtividade e com os modelos de gerenciamento dos serviços (FEUERWEKER; CECÍLIO, 2007).

Em relação ao cenário econômico atual, Cunha (2002) salienta a instabilidade financeira vivenciada por diversas instituições de saúde, públicas e privadas, incluindo-se os hospitais, os quais precisam equilibrar o provimento de todos os tipos de insumos com a qualidade dos serviços prestados.

Destaca-se também que na atualidade os profissionais de saúde têm se deparado com usuários/pacientes/clientes cada vez mais bem informados e conscientes de seus direitos que comparam e exigem qualidade nos serviços que lhe são oferecidos (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2004).

No contexto hospitalar, o qual é permeado de especificidades e complexidades, as unidades de urgência são desafiadas a incorporar a qualidade no seu gerenciamento com o intuito de garantir um atendimento adequado, no menor espaço de tempo possível, evitando ou minimizando sequelas e outros danos à saúde dos usuários e trabalhadores (SABBADINI; GONÇALVES, 2005).

Na conjuntura mundial, se observa que os serviços de urgência há muito vivenciam situações relacionadas ao fenômeno da “superlotação”, em que a procura por atendimento excede a capacidade de oferta de um cuidado de qualidade em tempo hábil. Os motivos para a crise nesses serviços são múltiplos, destacando-se o aumento do quantitativo e da complexidade de ocorrências agudas; insuficiência no número de leitos hospitalares para atender a essas enfermidades; déficit de profissionais de saúde, sobretudo de médicos e enfermeiros (KELLERMANN, 2006).

No Brasil, as portas hospitalares de urgência apresentam fragilidades semelhantes ao panorama mundial, visto que se caracterizam também por elevado número de usuários que procuram o serviço e longas filas de espera para atendimento, o que tem causado sobrecarga à equipe multiprofissional, aumento dos custos hospitalares e insatisfação dos usuários e trabalhadores (BRASIL, 2006a).

A difícil realidade vivenciada nas unidades de urgência relaciona-se principalmente à baixa resolutividade da atenção primária e à falta de integração entre os níveis de atenção à saúde, o que obriga os usuários a procurarem diretamente os serviços de alta complexidade (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

Visando transformar o cenário precário e frágil dos serviços de urgência, o Ministério da Saúde, em 2006, por meio da Portaria n.º 3125, instituiu o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde (SUS) – QualiSus. Dentre as propostas apresentadas nessa portaria, constam: proporcionar maior conforto na assistência ao usuário; atendimento de acordo com o grau de risco; atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e, diminuição do tempo de permanência no hospital (BRASIL, 2006a).

Quanto aos resultados do QualiSus, estudo realizado em oito serviços públicos de emergências apontou baixa influência desta política nas instituições investigadas. Apesar de constatar que o relacionamento entre os profissionais e a credibilidade do trabalho pela equipe eram satisfatórios, os autores chamam a atenção para o desafio em aliar a qualidade ao gerenciamento e às práticas nos serviços de urgência e indicam algumas ações como: investimento na integração do hospital à rede de atenção do SUS; capacitação de recursos humanos e implementação do sistema de regulação de leitos (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

Concomitante às determinações legislativas, muitos hospitais e os seus respectivos serviços de urgência, para se manterem em um cenário de competitividade e atualização tecnológica, têm procurado inovar o seu sistema gerencial por meio da adoção de Programas de Qualidade, congregando, dentre outros aspectos, a humanização e a satisfação dos clientes internos e externos (ARAÚJO et al., 2008).

Balsanelli e Jericó (2005), em uma revisão de literatura referente aos resultados alcançados pelos hospitais que adotaram o sistema de Gestão da Qualidade, constataram a ocorrência de ações direcionadas ao investimento de recursos humanos que proporcionou a satisfação dos pacientes e trabalhadores; o reconhecimento da sociedade e o impacto positivo nos indicadores hospitalares, como a diminuição nos coeficientes de mortalidade e na média de permanência dos pacientes.

Na prática diária nos serviços de urgência, os trabalhadores buscam precisão e agilidade no atendimento e isso, muitas vezes faz com que negligenciem as dimensões e/ou aspectos que influenciam na qualidade do atendimento. Destarte, esforços devem ser impetrados por todos os trabalhadores envolvidos na assistência à urgência e emergência para que a busca pela qualidade seja incorporada como um processo contínuo.

## 2 APRESENTAÇÃO - MINHA TRAJETÓRIA

A temática para a realização deste estudo foi se consolidando durante o primeiro ano no Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM) – PR a partir de várias reflexões, experiências e leituras.

Na construção do projeto de pesquisa, houve momentos de mudança na direção do caminho a ser tomado. A metodologia foi readequada e alterou-se o local de estudo. Entretanto, o que não modificou desde o início deste processo foi a minha inquietação ao observar e vivenciar o distanciamento da qualidade nos atendimentos à urgência no Sistema Único de Saúde (SUS). Eu sempre refletia: “É possível encontrarmos a qualidade nas práticas dos trabalhadores nos serviços de urgência públicos?”.

Na graduação, tive a oportunidade de realizar estágio curricular em um Pronto Socorro de um hospital terciário. Na época se pudesse escolher, não passaria por lá. Eu temia não conseguir realizar adequadamente minhas atividades como acadêmica devido à insegurança e à ansiedade que me envolviam só de atravessar rapidamente o corredor do Pronto Socorro. Apesar do período curto de estágio neste local, pude perceber a desorganização, o clima tenso entre os profissionais e a angústia dos pacientes e familiares, o que fortaleceu o meu pensamento: “Não quero trabalhar nesta área!”.

Posteriormente, ingressei na Residência em Gerência de Serviços de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) – PR. Nos primeiros seis meses como residente, permaneci em um hospital secundário e não tive como fugir: trabalhei no Pronto Socorro. Muitas vezes eu saía do plantão angustiada e chorosa por estar insatisfeita com a minha atuação e com a dos outros profissionais. Não conseguia encontrar uma solução para que o atendimento oferecido naquele local fosse resolutivo e impactasse positivamente na saúde das pessoas.

Ainda durante a residência, atuei em outro Pronto Socorro que atendia a casos de maior complexidade, o que possibilitava o meu aprimoramento profissional. Para minha surpresa, tive que voltar ao temido local onde estagiei na Graduação e pude vivenciar diversas situações críticas tais como superlotação, *estresse* entre profissionais e usuários, pouca resolutividade no atendimento e *déficit* na qualidade dos serviços prestados.

Por acreditar que podemos realizar transformações e melhorar as instituições em que trabalhamos através do empenho e dedicação em nossas práticas cotidianas, sempre procurei, como enfermeira, fazer a diferença na vida das pessoas que estavam a minha volta, sejam pacientes ou profissionais. No entanto, pelas vivências citadas anteriormente, eu não estava satisfeita com a realidade em que estava inserida.

Alguns profissionais experientes me chamavam a atenção e mencionavam para eu não me esforçar tanto que logo me cansaria. Eles, que já estavam há mais de dez anos trabalhando em Pronto Socorro, demonstravam o conformismo e a acomodação com a baixa qualidade do atendimento oferecido aos usuários do SUS. Eu não concordava com essa atitude, pois desejava algo mais na assistência à urgência e emergência.

Os diversos meios de comunicação, frequentemente, denunciavam a precariedade dos serviços de urgência. De um lado, estavam os pacientes e familiares descontentes e reivindicando um melhor atendimento, e do outro, os profissionais desmotivados, sobrecarregados e ficando doentes. Além disso, era perceptível a diferença na qualidade dos serviços de natureza pública e privada. Isto me fazia refletir sobre como mudar esse quadro e combater o pensamento pessimista de alguns leigos e até especialistas quanto à inviabilidade de discutir e inserir a qualidade nas instituições públicas e principalmente nas unidades de urgência e emergência.

No curso de Mestrado, ao cursar a disciplina “Gestão pela Qualidade na Área da Saúde e na Enfermagem”, tive a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos e explorar os conceitos de alguns estudiosos da área, como Avedis Donabedian, que ganhou notoriedade no meio científico ao abordar a avaliação da qualidade em saúde através da tríade Estrutura, Processo e Resultado. Constatei também que no Brasil, existiam instituições públicas que não se contentaram com a realidade vivenciada e adotaram a Filosofia da Qualidade como modelo de gestão, o que resultou em impactos positivos no atendimento com aumento da satisfação dos usuários e trabalhadores, redução dos custos e melhoria nos indicadores de desempenho organizacional.

Os fatos mencionados me deram a certeza de que teria que buscar respostas para as minhas inquietações através da realização da minha pesquisa de mestrado. Desta forma, surgiu o meu interesse em estudar um serviço de urgência

público que adotasse o referencial da qualidade, acreditando que uma organização quando é alicerçada em algum modelo de gestão com foco na qualidade, tende a ser mais produtiva, humanizada e assertiva no alcance de seus objetivos.

Vale ressaltar ainda que constatei através de pesquisas realizadas em banco de dados on-line (Scielo, Medline) e em periódicos e livros disponibilizados na biblioteca da Universidade Estadual de Maringá (UEM) -PR, que grande parte das pesquisas relacionadas ao gerenciamento da qualidade utiliza somente dados quantitativos, o que não respondem aos diversos questionamentos levantados sobre o tema.

Considerando o exposto e o pensamento de Cherubin (1998), ao afirmar que *os recursos humanos são os principais componentes do hospital em sua prestação de serviço*, visto que eles refletem a imagem da instituição, formulou-se a seguinte questão: Qual é a percepção dos trabalhadores de um Serviço de Urgência Público, que tem desenvolvido o sistema de Gestão da Qualidade, quanto à qualidade do atendimento?.

Frente à imperiosa necessidade de abordar a qualidade no atendimento à urgência/emergência, acredito que a compreensão dos significados e anseios que permeiam o universo dos saberes e práticas dos trabalhadores permitirá à equipe multiprofissional refletir e agir sobre sua atuação profissional, a fim de melhorá-la. Além disso, espera-se que o conhecimento produzido contribua para o desenvolvimento e aprimoramento de pesquisas e estudos na temática e para a efetivação de mudanças organizacionais referentes à inclusão e/ou melhoria da qualidade nos serviços de urgência e emergência públicos e privados.

A seguir, será apresentada a revisão de literatura sobre os temas: qualidade no contexto da saúde e serviços de urgência e emergência.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O objeto deste estudo se encontra na interface entre a qualidade no contexto da saúde e a assistência à urgência e emergência. A seguir, serão apresentadas considerações sobre estas temáticas, as quais subsidiaram a construção do referencial teórico metodológico deste estudo.

#### 3.1 A QUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE

A qualidade tem sido abordada por vários autores a partir de diferentes definições, que podem ser consideradas complementares entre si, possibilitando o enriquecimento e aprendizado sobre o tema (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2004).

No contexto industrial, Juran (1992) refere-se à qualidade como a adequação do produto ou serviço à utilização pretendida e isso corresponde com a satisfação das necessidades do cliente. Já para Crosby (1999), a qualidade compreende a conformidade com os requisitos, chamados de *standard*, os quais devem ser direcionados para a concepção de “zero defeitos”. Deming (1990) analisa a qualidade em termos de redução nas variações e não acredita no conceito de “zero defeitos”, pois o considera um objetivo inatingível e faz com que o serviço preocupe-se apenas com os dados estatísticos.

A qualidade, para Mezomo (2001, p.73), é definida como um “conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o torna adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes”.

Donabedian, considerado o principal estudioso do tema na área da saúde, menciona que a qualidade na atenção à saúde é alcançada quando se obtém os maiores benefícios possíveis associados aos menores riscos para o paciente através da utilização de recursos desejáveis (DONABEDIAN, 1992). Esse autor ressalta que conceituar a qualidade é uma tarefa complexa, pois é permeada por valores subjetivos, o que exige considerar a percepção de cada pessoa envolvida na avaliação do cuidado e a cultura que direciona os objetivos organizacionais (DONABEDIAN, 1988).

A Organização Pan Americana de Saúde (2004) considera que a qualidade nos serviços de saúde é manifestada pela articulação de quatro princípios básicos – a equidade, a eficácia, a eficiência e o enfoque no cliente.

Para fins deste estudo, serão adotadas as premissas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1981) que define a qualidade como um conjunto de elementos que incluem um alto nível de competência profissional, a utilização eficiente de recursos, um mínimo de riscos, alto nível de satisfação dos pacientes e um impacto favorável na saúde.

Dentre as diversas conceituações de qualidade expostas anteriormente, verifica-se a convergência a alguns requisitos, a citar atender às expectativas do cliente/consumidor e buscar continuamente a melhoria do produto e/ou serviço. Nesta perspectiva, a qualidade na atenção à saúde relaciona-se ao aprimoramento permanente do atendimento prestado com vistas à satisfação dos usuários.

Na evolução da história, o movimento pela qualidade ganhou destaque após a Revolução Industrial, com o enfoque no aumento da produtividade e do lucro. Posteriormente, expandiu-se para o setor de prestação de serviços e mais recentemente para o setor saúde (ROSEMBERG; SILVA, 2000).

Na área industrial, Edwards Deming e Walter Shewhart foram dois dos precursores americanos da abordagem do Controle de Qualidade (CQ) e se destacaram a partir de 1927, utilizando o método de controle estatístico (KURCGANT et al., 2005). Juran, em 1951, ao publicar o livro *Quality Control Handbook* estabelece que a administração da qualidade fundamenta-se em três aspectos: o planejamento, o controle e a melhoria da qualidade, o que recebeu a denominação de “Trilogia de Juran” (KURCGANT et al., 2005).

Rosemberg e Silva (2000) apontam que a partir de 1940, muitos grupos e empresas desenvolveram estratégias do sistema globalmente conhecido como “Garantia da Qualidade”, com a finalidade de reduzir os custos dos produtos ou as peças defeituosas (custo da qualidade); controlar a qualidade em todo o processo de produção (Controle Total da Qualidade); adquirir confiabilidade no produto durante toda a sua vida útil no mercado (Engenharia de Confiabilidade) e envolver todo o pessoal com o compromisso de evitar falhas ou defeitos nos produtos fabricados (Zero Defeito).

Nos serviços de saúde, a qualidade começou a ser discutida no início do século XX, nos Estados Unidos da América (EUA), pelo Colégio Americano de

Cirurgiões, que avaliava periodicamente a qualidade dos cuidados aos pacientes hospitalizados por meio de padrões mínimos (KURCGANT et al., 2005).

No que tange à evolução da qualidade em saúde, outra experiência importante foi a criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH) em 1951, nos Estados Unidos da América (EUA), que posteriormente ampliou o seu domínio de atuação e passou a ser intitulada *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) em 1988, demonstrando a preocupação com a garantia da qualidade nos serviços de saúde (MALIK; SCHIESARI, 1998). Convém ressaltar, entretanto, que as origens da abordagem da qualidade na saúde e o primeiro modelo de melhoria contínua foi desenvolvido em 1854, pela enfermeira inglesa Florence Nightingale que durante a Guerra da Criméia diminuiu a taxa de mortalidade dos pacientes ao implantar rígidos padrões sanitários e o controle estatístico (NOGUEIRA, 1996).

Na década de 1980, o médico Avedis Donabedian enunciou um conceito inovador de qualidade que ultrapassava os limites do controle estatístico, até então muito enfatizado pelos especialistas da área, propondo formas de avaliar a qualidade nos serviços de saúde (KURCGANT et al., 2005).

Outro marco relevante visando ao aperfeiçoamento da qualidade mundial, foi o desenvolvimento dos padrões de qualidade pela *International Standards Organization* (ISO) na Suíça, em 1987, com o objetivo de padronizar as normas de gestão da qualidade nas organizações (BATEMAN; SNELL, 1998).

Na década de 1990, o pediatra norte-americano Donald Berwick adaptou e aplicou nas instituições de saúde os princípios da gestão da qualidade utilizados nas indústrias, obtendo resultados favoráveis como a diminuição de custos, aumento da produtividade e melhoria na qualidade. Posteriormente aos estudos de Berwick, foram evidenciados esforços para a internacionalização dos conceitos de qualidade na área da saúde (MALIK, 2006).

No contexto da América Latina e do Caribe, ações sistemáticas visando à garantia da qualidade foram escassas quando comparadas aos EUA e Europa. No entanto, na década de 1990, verificou-se o desenvolvimento de um movimento pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-Americana de Hospitais através da proposta de avaliação dos serviços de saúde por meio da acreditação (NOVAES; PAGANINI, 1994).

Kurcgant et al.(2005,p.80) ressaltam que na abordagem da qualidade na área da saúde é “[...] inevitável não correlacioná-la com a avaliação dos serviços de saúde, uma vez que na essência do conceito de qualidade está embutida a ideia de avaliação”.

Neste contexto, avaliação, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), refere-se à formação de uma opinião sobre determinado objeto. Em outras palavras, significa julgar e emitir juízo de valor através de uma análise detalhada de um produto, processo e/ou resultado, utilizando como referencial as premissas e os valores que fundamentam as escolhas dos sujeitos envolvidos – profissionais e usuários, na atenção em saúde (BRASIL, 2004a).

Para Tanaka e Melo (2001), a avaliação é uma ferramenta gerencial que fornece subsídios para a tomada de decisão, possibilitando que esta seja a mais racional e efetiva possível. Neste sentido, os autores alertam que é necessário definir claramente o motivo/objetivo da avaliação e conhecer o contexto e a organização do processo de trabalho do serviço a ser avaliado.

Verifica-se que o processo avaliativo na área da saúde pode ser realizado de diferentes formas quanto ao objetivo, à metodologia empregada, ao contexto e ao objeto avaliado. Dentre as diversas propostas para a avaliação dos serviços de saúde, o modelo de Avedis Donabedian tem sido o mais difundido e referendado pelos especialistas em gestão da qualidade (KURCGANT et al., 2005).

Donabedian (1978) menciona que a qualidade do cuidado em saúde não constitui um atributo abstrato. Sendo assim, a sua avaliação comporta dois aspectos: 1) Desempenho técnico – que consiste na aplicação pelos profissionais do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências do paciente e; 2) Relacionamento interpessoal entre trabalhador e paciente - de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as expectativas e necessidades destes (DONABEDIAN, 1978).

Em meados de 1960, Donabedian também propôs uma tríade para avaliação dos serviços de saúde, que aborda três dimensões: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1978).

A estrutura é entendida como os recursos necessários ao processo assistencial, abrangendo área física, recursos humanos, materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos; o processo corresponde às

atividades da equipe de saúde no tratamento do paciente mediante padrões de qualidade estabelecidos pelos respectivos serviços e profissões; e o resultado se constitui no produto final da assistência/atendimento, como melhorias nos indicadores de saúde e satisfação das expectativas dos usuários (DONABEDIAN, 1978). Ele ainda aponta as dificuldades e as vantagens da utilização de cada uma dessas categorias nos processos avaliativos (DONABEDIAN, 1980a,1992). O autor considera que a análise do “processo” é o caminho mais objetivo para a avaliação da qualidade do cuidado (DONABEDIAN, 1980a). Já os “resultados” possuem a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo, assim, servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade, tanto da “estrutura” quanto do “processo” (DONABEDIAN, 1992).

Complementando o exposto, Donabedian (1980a) ressalta a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e seus consequentes resultados, na medida em que a própria função de monitoramento é parte da estrutura, além dos diversos aspectos organizacionais e daqueles relacionados com os recursos materiais que influenciam o processo.

O referido autor, por acreditar que isoladamente cada uma dessas categorias apresenta problemas e insuficiências, afirma que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade exige o emprego de um conjunto de indicadores representativos da estrutura, do processo e do resultado (DONABEDIAN, 1992).

Donabedian acrescenta ainda que, por considerar a qualidade um fenômeno complexo, a sua definição e consequente avaliação pode ser ampliada a partir dos seguintes atributos do cuidado médico: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, sendo estes conceituados como os “Sete Pilares da Qualidade” (DONABEDIAN, 1990).

Diante dos conceitos e pressupostos apresentados, constata-se que na perspectiva da garantia da qualidade nos processos assistenciais é indispensável a utilização de ferramentas avaliativas que permitam a definição, mensuração, análise e proposição de soluções aos problemas identificados (MALIK;SCHIESARI,1998).

Dentre as várias estratégias utilizadas para monitorar a qualidade nas instituições de saúde, destaca-se o sistema de Acreditação, que no Brasil pode ser realizada por duas organizações distintas: a Organização Nacional de Acreditação (ONA) vinculada ao Ministério da Saúde e a norte-americana *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (KURCGANT et al., 2005). Considerando

que o local onde este estudo foi realizado, utiliza a acreditação brasileira proposta pela ONA, esta será descrita e contextualizada na sequência.

A ONA, criada em 1999, é uma instituição não governamental, sem fins lucrativos, que atua em parceria com o Ministério da Saúde a fim de garantir a execução do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Tem a atribuição de coordenar o sistema de acreditação brasileiro, buscando promover o desenvolvimento e implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade nos serviços de saúde, o que certamente permite o aprimoramento contínuo da atenção e a garantia da qualidade na assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010).

O modelo de avaliação do referido órgão se fundamenta em três níveis hierárquicos, que parte do mais simples e segue até o mais complexo nível. O Nível 1 (Acreditação) se relaciona com a verificação dos requisitos básicos de qualidade referente à segurança na estrutura física, sanitária e de capacitação profissional; o Nível 2 (Acreditação Plena) compreende a análise da organização dos processos de trabalho, conferindo documentação, treinamento dos trabalhadores, rotinas, uso de indicadores para a tomada de decisão clínica e gerencial, e prática de auditoria interna; e o Nível 3 (Acreditação com Excelência) se refere à avaliação das práticas de gestão e de qualidade, verificando se existem políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico profissional, ações assistenciais e procedimentos médicos sanitários (BRASIL, 2004b).

O processo de avaliação é voluntário, sendo realizado por uma organização independente à instituição a ser acreditada, credenciada pela ONA. Os critérios são verificados em todos os setores e serviços do hospital durante a visita dos avaliadores “in loco”. O grupo normalmente é formado por enfermeiro, médico e administrador que, depois da visita, elaboram o parecer avaliativo (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Verifica-se que, tanto hospitais públicos como privados, ao introduzir a metodologia de avaliação proposta pela ONA têm realizado mudanças favoráveis nos processos de trabalho com melhorias no gerenciamento do serviço e maior segurança e eficiência na assistência prestada aos pacientes. Ademais, estes hospitais têm servido de exemplo para outras organizações de saúde que desejam oferecer um atendimento seguro, ético e qualificado (BRASIL, 2004b).

Associado à aplicação de métodos avaliativos, observa-se que nas últimas décadas muitas organizações hospitalares têm buscado aplicar a Gestão pela Qualidade (GQ), a fim de incrementar seu gerenciamento e otimizar seus serviços (CAMACHO, 1998).

Matsuda (2002) caracteriza o sistema de GQ como um modelo inovador, que prioriza o humanismo, o aprimoramento contínuo e o atendimento das necessidades dos clientes internos e externos da organização. Mezomo (2001) relaciona alguns valores fundamentais da GQ, tais como o respeito, a excelência, a compaixão, a integridade e a eficiência. A GQ, desta forma, se constitui em um sistema gerencial para a reorientação das organizações, baseado no trabalho em equipe, em decisões tomadas a partir de fatos e dados, na busca constante da solução de problemas e na diminuição de erros (LONGO, 1996).

No referido sistema o trabalhador é considerado o maior patrimônio da empresa e deve ser reconhecido como um ser humano integral, pois se acredita que a valorização e o reconhecimento das pessoas são os principais ingredientes para os primeiros passos em direção a uma profunda transformação nos processos e resultados de qualquer organização (MATSUDA, 2002; BERTELLI, 2004).

Diferentes pesquisas no Brasil têm avaliado como os hospitais utilizam os princípios e os sistemas de gerenciamento da qualidade disponíveis. Xavier et al.(1997) relatam a implantação da GQ na Santa Casa de Porto Alegre – RS, cujo processo se fundamentou nos seguintes eixos: o crescimento do ser humano, o gerenciamento da rotina de trabalho pelas diretrizes do planejamento estratégico, a participação ativa dos médicos e as ações de marketing. Entre os benefícios encontrados, como premiações e reconhecimento da sociedade, destaca-se o aumento da satisfação dos clientes.

Outros resultados acerca da implantação do sistema de GQ foram obtidos através de uma pesquisa realizada com enfermeiros para analisar o gerenciamento da qualidade implantado em um serviço de enfermagem hospitalar no interior do estado de São Paulo, na qual identificou que todos os entrevistados conheciam a filosofia da Qualidade Total e acreditavam nos seus impactos positivos para a prática hospitalar (ROCHA, 2007).

Siqueira (2002) apresenta os achados de uma pesquisa que teve o objetivo de analisar a aplicação das técnicas e ferramentas da GQ na melhoria de processos em seis hospitais públicos do estado do Rio de Janeiro. Dentre os resultados,

ressalta-se a diminuição do tempo de espera para atendimento médico e para a realização de exames de imagens, redução no consumo de materiais (filmes de raios-X), decréscimo das taxas de infecção no serviço de endoscopia e melhoria da comunicação entre os setores com conseqüente aumento da produtividade. Observa-se, desta forma, que a implantação da GQ em hospitais tem se caracterizado como um importante instrumento de reestruturação gerencial, propiciando resultados satisfatórios ao atender as necessidades dos pacientes e dos trabalhadores.

Dentre os setores existentes nos hospitais, o serviço de urgência e emergência, segundo Sabbadini e Gonçalves (2005) assume uma função estratégica no gerenciamento devido ao fato de envolver recursos de custo elevado assim como atividades complexas e de alto risco relacionadas a vidas humanas. Assim, esse setor deve receber atenção redobrada dos gestores, com o intuito de garantir um atendimento adequado, que evite ou minimize sequelas e outros danos a saúde dos usuários e trabalhadores.

Com base no exposto, acredita-se que no contexto hospitalar, que é permeado por conflitos, especificidades e complexidades, um dos locais de maior desafio para o gerenciamento é o Serviço de Urgência e Emergência.

### **3.2 Os SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

De acordo com Rotstein et al., (2002) a finalidade do Serviço de Urgência e Emergência é a avaliação rápida do indivíduo, sua estabilização e pronta admissão ao hospital, para atendimento contínuo nas especialidades médicas e odontológicas necessárias. As unidades de emergência são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de equipe especializado e podem ser divididas em: Pronto Atendimento, Pronto Socorro e Emergência (GOMES, 1994).

Em 1985, o Ministério da Saúde definiu os conceitos antes mencionados da seguinte forma (BRASIL, 1985):

- Pronto Atendimento: unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato.

- Pronto Socorro: estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação.
- Emergência: unidade destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato.

O Ministério da Saúde (BRASIL,1995) aborda ainda outras conceituações relacionadas aos procedimentos a serem prestados nos serviços de emergência e determina como critérios, a gravidade (acuidade) e a complexidade do caso a ser tratado, considerando:

- **Emergência:** unidade destinada à assistência de pacientes com risco de vida.
- **Urgência de alta complexidade:** unidade destinada à assistência de pacientes sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato utilizando-se de técnicas complexas de assistência.
- **Urgência de baixa e média complexidade:** unidade destinada à assistência de pacientes sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato utilizando-se técnicas simples de assistência. Pode estar inserida na Unidade de Emergência ou de Alta Complexidade.

Frente às definições apresentadas, percebe-se que existem muitos desacordos e discussões entre gestores/profissionais de saúde em relação à diferença de conceito entre urgência e emergência. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), em resposta à consulta nº55820/98, conceitua emergência como “[...] a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. Já a urgência é definida como “[...] ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1998).

Cabe salientar que devido às divergências e dúvidas quanto à utilização das terminologias “urgência” e “emergência”, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) questiona a diferenciação destes conceitos e opta por utilizar o termo “urgência”

para todos os casos agudos. Dessa maneira, corroborando com os pressupostos do referido órgão, para fins deste estudo, não haverá diferenciação entre as duas terminologias, pois ambas se referirão à unidade/serviço/setor de atendimento hospitalar que atende a situações que demandam atendimento imediato.

Verifica-se também, na literatura científica e nos meios de comunicação, a utilização dos termos “Pronto Socorro” e “Pronto Atendimento” como sinônimos de Serviço de Urgência e Emergência. Devido às dificuldades na compreensão semântica das variadas terminologias referentes à área, o Ministério da Saúde define uma nova nomenclatura e classificação para o âmbito da assistência hospitalar à urgência e emergência, cujas premissas se fundamentam na proposta de regionalização e criação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002).

Sendo assim, as Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência são classificadas em: 1) atendimento de média complexidade, realizado pelas **Unidades Gerais**, subdividas em Tipo I - hospitais de pequeno porte e Tipo II - hospitais de médio porte; 2) os serviços de alta complexidade, intitulados de **Unidades de Referência**, que se classificam em Tipo I - atendimento clínico e cirúrgico nas áreas de pediatria, traumatologia e cardiologia, Tipo II - atendimento clínico e cirúrgico em todas as áreas, e Tipo III - atendimento clínico e cirúrgico em todas as áreas com atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização de recursos humanos (BRASIL, 2002).

No que tange à caracterização dos serviços de emergência no Brasil, verifica-se que a demanda por atendimento tem se tornado cada vez maior e mais complexo, o que é constatado também em outros países. Ao conviver com essa realidade, sobressai a precariedade desses serviços, onde se observa corredores repletos de pacientes em macas sem colchões, sem privacidade, conforto ou segurança, à espera de atendimento e, ainda, vulneráveis a infecções cruzadas. Nestes lugares, permanecem também os familiares, geralmente desinformados quanto aos procedimentos adotados em relação ao paciente e à própria situação deste (ANDRADE et al., 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2006b), o atual cenário de superlotação dos serviços de urgência e emergência no Brasil, está relacionado aos seguintes fatores: modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos; baixo acolhimento de casos agudos de menor

complexidade na atenção básica; insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade; aumento da demanda nas portas de entrada de alta complexidade; insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de retaguarda para as urgências em serviços menores; deficiências estruturais - recursos físicos e materiais - da rede assistencial; inadequação na estrutura curricular das instituições formadoras de profissionais; incipiência nos mecanismos de referência e contrarreferência no sistema de saúde.

Entre as causas da excessiva procura por atendimento nos serviços de urgência e emergência, Gusmão Filho (2008) destaca alguns aspectos importantes, tais como: concepções diversas que a população e os profissionais de saúde têm para definir urgência; falta de ordenação do acesso dos usuários aos serviços da rede assistencial de urgências; insuficiência estrutural, gerencial e funcional das portas de urgência; falta de apoio dos serviços intra hospitalares para investigação e internação dos casos atendidos na porta hospitalar de urgência; limitações de perfil e de capacitação dos profissionais que atuam na urgência para lidar com as dimensões epidemiológica, biomédica, social e subjetiva das urgências - envelhecimento da população, acidentes, violência, alcoolismo e drogadição; organização do trabalho profissional centrada em procedimentos e tarefas que dificultam a responsabilização clínica e incentivam a fragmentação de práticas assistenciais; insuficiência dos serviços de retaguarda pós-hospitalar como da atenção domiciliar e de reabilitação.

Com relação aos fatores determinantes da utilização da Unidade de Pronto Atendimento na cidade de Maringá-PR, Oliveira e Scochi (2002) encontraram após auditoria das Fichas de Atendimento, a seguinte distribuição: 184 casos de urgência/emergência (27,0%); 111 casos duvidosos (16,3%) considerados pertinentes ao serviço e 387 casos de resolução ambulatorial (56,7%), o que demonstra a utilização inadequada do serviço pelos usuários tendo em vista que uma parcela significativa dos atendimentos era de responsabilidade da Atenção Primária. Entretanto, os entrevistados ao justificarem a procura pelo Pronto Atendimento relataram que os principais motivos foram a resolução do problema de saúde, a proximidade da residência e a rapidez no atendimento.

Tendo o objetivo de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos Prontos

Socorros, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da Portaria nº. 1863 de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003), a qual enfatiza que entre os componentes fundamentais desta Política, encontra-se a organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, como elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes assim delineados:

- Componente Pré-Hospitalar Fixo: Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências;
- Componente Pré-Hospitalar Móvel: Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192;
- Componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;
- Componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária.

Na perspectiva da qualificação da assistência à urgência e emergência, em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 3125 (BRASIL, 2006a), estabeleceu o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no SUS (QUALISUS), visando através de um conjunto de mudanças proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital.

As diretrizes da referida Portaria consistem em:

- Estruturação da atenção à saúde nas urgências mediante critérios de acolhimento, com dispositivos de classificação de riscos, vínculo,

resolutividade, integralidade e responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários na rede de serviços;

- Implementação dos Comitês Gestores de Urgência municipais e regionais como espaço de integração, pactuação e responsabilidades, articulados com os Complexos Reguladores e Centrais de Leitos Hospitalares;
- Utilização de ambiência que valorize os espaços acolhedores e que propiciem processo de trabalho estabelecido a partir de níveis de necessidades nos serviços de saúde;
- Ampliação e fortalecimento do controle social, por meio da implantação da gestão democrática e participativa nos serviços de saúde;
- Garantia da educação permanente dos trabalhadores das urgências com a inclusão de saberes que subsidiem as práticas da atenção resolutiva e humanizada no atendimento pré-hospitalar fixo, móvel e também, nos serviços hospitalares, integrando os serviços com os Núcleos de Educação em Urgências e Centros Formadores;
- Oferecimento de condições tecnológicas aos estados e municípios para que desenvolvam uma efetiva regulação, controle e avaliação de seus sistemas de saúde;
- Diminuição de mortes evitáveis em situações de urgências.

Em relação aos resultados do QualiSus, destaca-se um estudo realizado em três unidades de urgência hospitalares públicas no município de Recife-PE que constatou um nível intermediário de implantação do referido programa. Apesar dos aspectos referentes à resolutividade diagnóstica e terapêutica terem sido bem avaliados, os autores enfatizam a necessidade de investimento nos recursos físicos e humanos, nas tecnologias organizacionais e nas relações interpessoais visando produzir maiores benefícios à população (GUSMÃO FILHO; CARVALHO; ARAÚJO JÚNIOR, 2010).

Sabe-se que as unidades de urgência são essenciais ao pleno funcionamento do sistema de saúde, possuindo características, como: rapidez, agilidade, eficiência e integração no atendimento, que as diferenciam de qualquer outro serviço de saúde (Deslandes, 2002). Entretanto, ainda existe a concepção que nestes serviços não é possível planejar, melhorar a qualidade na assistência

prestada e proporcionar condições de trabalho satisfatórias. Nesse sentido, a GQ pode contribuir muito no seu gerenciamento e contradizer pensamentos e idéias pessimistas alimentadas diariamente dentro e fora dos hospitais.

Nos dois próximos capítulos, será exposto o objetivo da pesquisa e o percurso metodológico do estudo.

#### 4 OBJETIVO

Aprender a percepção de trabalhadores de um Serviço de Urgência Público sobre a qualidade da Estrutura, do Processo e do Resultado do atendimento.

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção, serão descritos os materiais e métodos utilizados na pesquisa que possibilitaram o alcance do objetivo estabelecido.

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Considerando que este trabalho procurou desvendar as percepções e os significados das práticas dos trabalhadores de um serviço de urgência público, optou-se por realizar um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. De acordo com Marconi e Lakatos (2007), os estudos descritivos têm o propósito de observar, explorar e descrever aspectos de uma situação.

Para Gil (2002), a pesquisa exploratória busca informações sobre determinado assunto, muitas vezes pouco explorados na literatura, proporcionando maior familiaridade com o problema, além de torná-lo mais explícito e obter novas descobertas.

Minayo (2008, p. 27) define as metodologias qualitativas como:

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas, tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Um estudo de caso, segundo Yin (2005, p.32) “[...] é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”, podendo ser realizado sobre uma organização, pessoa, processos ou um projeto específico.

### 5.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Este estudo foi realizado no Setor de Urgência (SU) de um Hospital Universitário de nível terciário localizado na região leste do estado de São Paulo, que pertence à rede estadual e oferece atendimento exclusivamente pelo SUS.

Considerado um dos maiores hospitais da região metropolitana, a referida instituição possui uma área construída de 22.000m<sup>2</sup>, com 267 leitos, distribuídos em

sete andares e dois anexos. Em 2009, apresentou 11.457 internações, 14.337 cirurgias e 17.400 atendimentos no setor de urgência.

O hospital integra o complexo médico hospitalar da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - SP, coordenado pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM). Em 2000, a UNICAMP firmou convênio com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) para gerenciar o hospital. Desta forma, pelo convênio de gestão, o Estado se mantém como o financiador e regulador dos serviços do hospital permitindo autonomia de gestão do mesmo.

A escolha do hospital para a realização da pesquisa fundamentou-se nos seguintes critérios: 1) utilização da Filosofia da Qualidade no mínimo há cinco anos; 2) prestação de serviços de urgência de natureza pública.

Desde a sua inauguração em 2000, a instituição faz parte de um grupo de hospitais paulistas que pactuaram indicadores de produção e de qualidade para receber recursos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, adotando, desta forma, a cultura da Qualidade. Com apenas três anos de funcionamento, a referida organização foi avaliada pelos usuários como um dos dez melhores hospitais do país, garantindo o prêmio de Qualidade Hospitalar - Categoria Nacional, concedido pelo Ministério da Saúde.

Em 2002, a instituição buscou a Acreditação Hospitalar, sendo que em 2003 foi o primeiro hospital público do Brasil a conquistar o nível 2 de acreditação pela ONA. Em 2006, o hospital alcançou e mantém, desde então, o mais alto nível de acreditação - nível 3, assegurando aos usuários a excelência na qualidade do atendimento à saúde e na gestão administrativa.

O SU está em funcionamento desde outubro de 2001 e possui uma área física de 915 m<sup>2</sup>, com quatro consultórios - adulto, pediátrico, obstétrico, duas salas de emergência - adulto e infantil, cinco leitos de observação pediátrica, oito leitos de atendimento para adultos e seis leitos de observação para adultos - cuidados semi-intensivos.

O quadro de recursos humanos do SU possui 82 funcionários, os quais estão distribuídos nas seguintes funções: assistentes sociais, auxiliares administrativos, auxiliares de higiene e limpeza, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, recepcionistas, seguranças e técnicos de enfermagem.

Cabe salientar que o SU é uma unidade de referência do tipo II (BRASIL,2002) na assistência à urgência/emergência para cinco municípios da

microrregião, o que representa uma população estimada em 650 mil habitantes, e presta atendimento a usuários encaminhados formalmente de Unidades Pré-Hospitalares Fixas do município sede - Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades; de Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência; de outras instituições hospitalares; além dos usuários que procuram o serviço espontaneamente.

A regulação dos casos encaminhados ao SU é feita pela Central Reguladora de Vagas da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo. O hospital e o SU mantêm um orçamento contratualizado, tendo em vista que se trabalha com metas estabelecidas e pactuadas entre os municípios da microrregião em que está inserida a instituição e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Dentre as metas acordadas referentes à assistência à urgência, destaca-se o percentual de atendimentos por procura espontânea abaixo de 50% do total de atendimentos. Ressalta-se que se não houver o cumprimento das metas e pactos, o orçamento destinado ao hospital é reduzido.

Em 2009, o SU atendeu 17.400 usuários e apresentou uma taxa média de demanda espontânea de 43%, demonstrando o alcance da referida meta citada anteriormente.

### **5.3 SUJEITOS DA PESQUISA**

Os informantes do estudo foram trabalhadores que formavam a equipe multiprofissional do SU - enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, auxiliares de limpeza, auxiliares administrativos, recepcionistas e seguranças.

Como critérios de inclusão para participar da pesquisa, foram considerados: tempo de atuação mínimo de cinco meses no setor, função exercida e disponibilidade para participar da entrevista. Além disso, a pesquisadora procurou incluir trabalhadores que atuavam desde a inauguração do SU e puderam, desta forma, vivenciar a cultura da qualidade ao longo do tempo.

Para a seleção dos informantes, foi solicitada à chefia de enfermagem uma lista referente ao quadro de recursos humanos do SU. Com esta listagem, a pesquisadora formou nove grupos distintos de acordo com a função exercida, eliminando o que possuíam menos de cinco meses de atuação no SU. Quando o

grupo continha apenas um funcionário, este era abordado pela pesquisadora para participar da pesquisa. Caso o grupo formado tivesse mais de um funcionário, realizava-se o sorteio de um trabalhador para então fazer o convite para a entrevista. Se este funcionário não aceitasse participar da entrevista, realizava-se outro sorteio e uma nova abordagem ao indivíduo selecionado. Os sorteios dos informantes/trabalhadores foram realizados concomitantemente as entrevistas.

Após realizar dez entrevistas, a pesquisadora verificou que o universo dos entrevistados contemplava os critérios esperados (tempo mínimo de atuação, função exercida e vivência desde a implantação do serviço) e que a coleta de dados tinha alcançado o objetivo do estudo, o que justificou a suspensão das entrevistas.

#### **5.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS**

O presente estudo faz parte do Projeto de Pesquisa “Gestão na área da saúde: perspectivas da qualidade”, aprovado no Edital Universal nº14/2008, sendo financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Após a autorização da Diretoria do hospital e do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – COPEP da UEM – PR, a pesquisadora fez contato com a coordenação da SU, para em conjunto, programar as datas da coleta de dados, a qual foi realizada em abril de 2010.

Os entrevistados foram abordados e convidados pessoalmente pela pesquisadora para participarem da pesquisa. Em caso de aceite, foi agendado um horário conforme a disponibilidade de cada informante. A coleta de dados se realizou através de entrevistas individuais, em uma sala privativa do hospital, utilizando-se a frase norteadora: “Fale sobre a sua percepção em relação à qualidade do atendimento no Serviço de Urgência”. Caso fosse necessário e de acordo com o objetivo do estudo, foram feitos alguns questionamentos durante as entrevistas a partir de um roteiro elaborado previamente (Apêndice 1).

As falas dos entrevistados foram registradas em três gravadores digitais para garantir a qualidade do som e evitar perdas de informações. Utilizou-se também o Diário de Campo, no qual a pesquisadora anotou as percepções e as reações dos informantes durante as entrevistas, tais como expressões faciais, posturas e gesticulações, que puderam subsidiar as discussões.

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização das entrevistas, as falas dos trabalhadores foram transcritas na íntegra e, posteriormente, procederam-se as leituras sucessivas do texto para identificar o sentido geral, sem chegar a qualquer interpretação.

Os dados foram tratados e analisados, através da técnica de Análise de Conteúdo proposta por BARDIN (2008, p.44), que a conceitua como:

[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A autora estabelece as seguintes fases para a análise dos dados (Bardin, 2008), as quais foram contempladas neste trabalho:

- 1) **Pré análise:** compreende a fase da retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, e de organização dos dados coletados para operacionalizar e sistematizar as idéias principais.

Desta forma, foram realizadas várias leituras flutuantes tendo o objetivo de conhecer as falas e aproximar-se superficialmente das questões abordadas nas falas. Na sequência, selecionou-se o universo das informações a ser submetido aos procedimentos analíticos, formando o *corpus* do trabalho.

Cabe salientar que para a constituição do *corpus* foram contempladas as regras de exaustividade - aspectos levantados no roteiro, representatividade - universo pretendido, homogeneidade - temas idênticos e de pertinência - material analisado com adequação ao objetivo da pesquisa.

- 2) **Exploração do material:** os dados brutos foram transformados com o objetivo de alcançar núcleos de compreensão do texto. Caracterizou-se como uma fase longa e exaustiva, em que foram feitas operações de codificação, decomposição ou enumeração e classificação das falas expressas pelos entrevistados. Neste momento de análise dos dados, a pesquisadora realizou as seguintes etapas: recortes do texto - a partir de unidades de registro, representadas por palavra, frase, tema; enunciação – escolha das regras de contagem; e agregação dos dados - segundo as similaridades e divergências com as categorias pré-estabelecidas. Ao

final, foi possível obter a representação do conteúdo e expressão dos depoimentos analisados.

- 3) **Tratamento dos resultados, inferência e interpretação:** as descrições significativas das falas dos entrevistados foram selecionadas, procurando manter ou abstrair a essência do que foi dito, formando a categorização. De uma reflexão exaustiva do material, surgiram inferências fundamentadas nos objetivos previstos ou nas descobertas inesperadas, que possibilitaram a construção de novos conhecimentos. Procurou-se nesta fase articular as informações encontradas e os referenciais teóricos do estudo para responder ao objetivo proposto.

Para Bardin (2008), a intenção de todos os estudos é produzir ao seu término inferências válidas a partir dos seus dados, portanto, o termo inferência designa indução a partir dos fatos.

A Análise de Conteúdo abrange várias modalidades, dentre as quais: *Análise Lexical*, *Análise de Expressão*, *Análise de Relações*, *Análise Temática* e *Análise de Enunciação* (Bardin, 2008). Neste estudo, optou-se por utilizar a *Análise Temática*, pois, segundo Minayo (2008), é a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Para BARDIN (2008, p.131), o tema é “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Com o objetivo de facilitar a análise dos dados, o documento obtido após a transcrição das entrevistas foi impresso em folha A4 em duas colunas, sendo a primeira destinada à transcrição na íntegra das falas dos informantes e a segunda para as codificações e interpretações.

## **5.6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A análise dos dados e a formação das categorias deste estudo fundamentaram-se no referencial teórico de Avedis Donabedian, que propôs a avaliação da qualidade em saúde a partir de três componentes: Estrutura, Processo e Resultado (DONABEDIAN, 1978). Sendo assim, os resultados foram divididos em três dimensões de análise e serão apresentados na forma de três artigos:

- Artigo 1: “A Estrutura de um Serviço de Urgência Público na Ótica dos Trabalhadores: Perspectivas da Qualidade”;
- Artigo 2: “Um Olhar para a Qualidade no Processo de Atendimento de um Serviço de Urgência Público: Perspectivas de Trabalhadores”;
- Artigo 3: “A Qualidade e o Resultado do Atendimento: Percepção de Trabalhadores de um Serviço de Urgência”.

A Figura 1 mostra as relações das três categorias de análise com as subcategorias apreendidas:

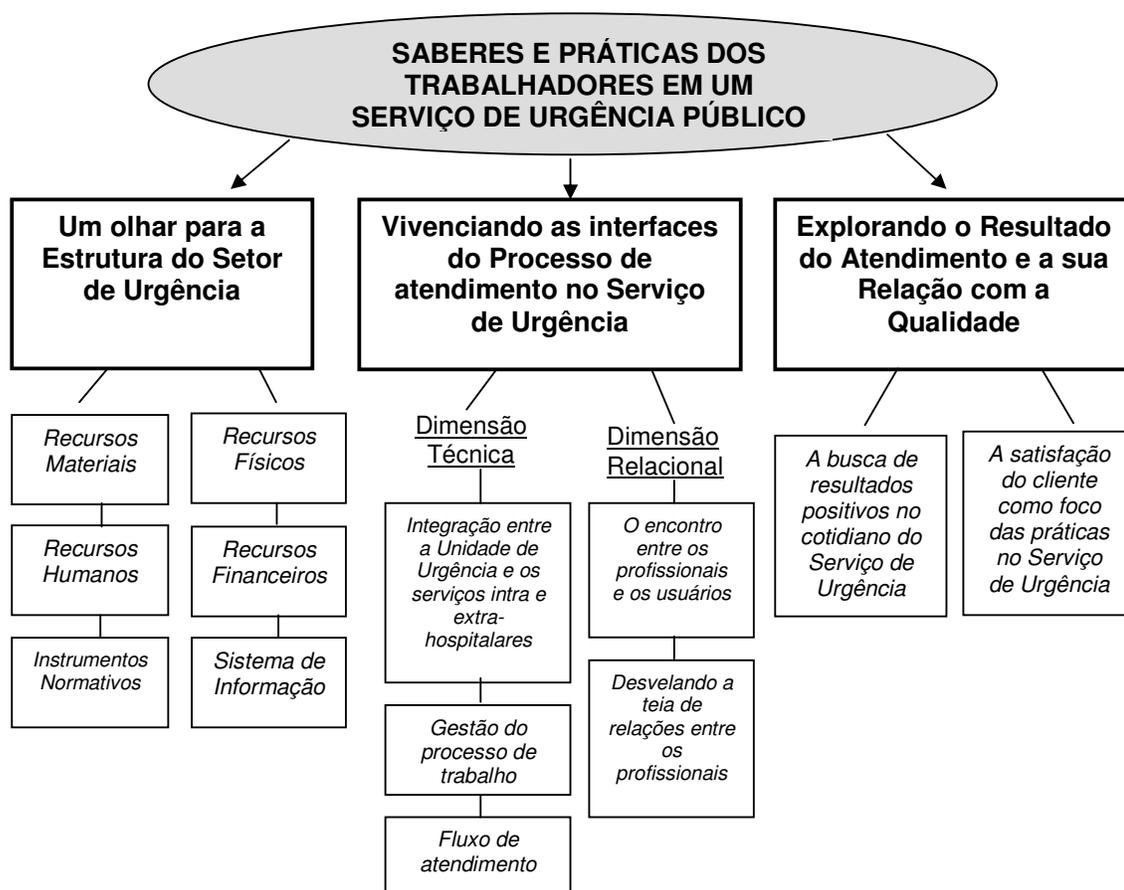


Figura 1 - Categorias e subcategorias de análise dos dados, Maringá, 2010.

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida conforme os preceitos da Resolução 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 1996), sendo que a coleta de dados teve início após a aprovação do Projeto de

Pesquisa pela direção do Hospital (Anexo A) e pelo COPEP, UEM-PR, sob o parecer n.13/2010 (Anexo B).

No momento da entrevista, os participantes foram informados a respeito da justificativa e do objetivo do estudo, da liberdade de se recusar em participar ou da retirada da mesma durante qualquer momento, e da não identificação dos sujeitos.

Após esses esclarecimentos, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) que foi lido e assinado pelo(a) entrevistado(a), em duas vias. Destas, uma via foi entregue ao entrevistado e a outra permaneceu com a pesquisadora.

Na apresentação das falas, com o objetivo de manter o anonimato e preservar a identidade dos informantes, os mesmos foram identificados com a letra "E", seguida de numeral arábico, correspondente com a ordem das entrevistas.

No próximo capítulo, serão apresentados os resultados e discussão da pesquisa, no formato de três artigos científicos.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 ARTIGO 1

A ESTRUTURA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA PÚBLICO NA ÓTICA DOS  
TRABALHADORES: PERSPECTIVAS DA QUALIDADE<sup>1, 2</sup>

THE STRUCTURE OF A PUBLIC EMERGENCY SERVICE WORKERS IN THE  
VIEW: PERSPECTIVES OF QUALITY

LA ESTRUCTURA DE LOS TRABAJADORES DE SERVICIO PÚBLICO DE  
EMERGENCIA EN EL PUNTO DE VISTA: PERSPECTIVAS DE LA CALIDAD

Larissa Gutierrez da Silva<sup>3</sup>

Laura Misue Matsuda<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Categoria: Artigo Original

Produto da Dissertação de Mestrado “Perspectivas da qualidade no atendimento em um Serviço Público de Urgência sob a ótica dos trabalhadores”. Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM)-PR, 2010.

<sup>2</sup> Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq que subsidiou o Projeto “Gestão na área da saúde: perspectivas da qualidade”, aprovado no Edital Universal nº14/2008.

<sup>3</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UEM – PR. Rua Mato Grosso, 218, ap. 81. CEP: 86010-180, Londrina - PR. Telefone: (43) 8402-3737. E-mail: [larissagutierrez@yahoo.com.br](mailto:larissagutierrez@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da UEM – PR.

## RESUMO

Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, que objetivou apreender a percepção de trabalhadores em relação à qualidade da Estrutura de um serviço de urgência público. Os dados foram coletados em abril de 2010 por meio de entrevistas individuais com dez trabalhadores de um serviço de urgência do estado de São Paulo. A análise dos dados fundamentou-se no referencial de Bardin. Os resultados demonstraram que os entrevistados avaliaram positivamente a Estrutura, destacando a disponibilidade dos recursos materiais; reformas e adequações realizadas; qualificação e capacitação profissional; repasse dos recursos financeiros conforme metas institucionais; direcionamento do atendimento por meio de protocolos; e monitoramento das informações através de indicadores de qualidade. Conclui-se que, apesar de haver certas fragilidades no setor como alta temperatura do ambiente e *déficit* de recursos humanos, os trabalhadores consideram que a dimensão Estrutura atende satisfatoriamente aos preceitos da qualidade e isso, certamente, contribui para que o atendimento no serviço também seja de qualidade.

Descritores: Qualidade da Assistência à Saúde. Gestão de Qualidade. Serviço Hospitalar de Emergência. Pesquisa em Administração de Enfermagem.

## ABSTRACT

The objective of this qualitative, exploratory-descriptive study was understanding the perception of employees of the quality of the structure of an emergency public regarding. Data were collected in April 2010 through interviews with ten employees in an emergency department of the state of Sao Paulo. Data analysis was based on the framework of Bardin. The results showed that respondents evaluated positively the structure, highlighting the availability of material resources reforms and adjustments made, qualification and professional training, transfer of financial resources as institutional goals, directing the attention to protocols, and monitoring of information through quality indicators. It is concluded that although there are certain weaknesses in the industry as high-temperature environment and lack of human resources, workers consider that the size structure serves well the precepts of quality and this, certainly, contributes to the care service is also quality.

Descriptors: Quality of Health Care. Quality Management. Emergency Service Hospital. Nursing Administration Research.

## INTRODUÇÃO

As mudanças nas relações sociais e nos processos produtivos, vivenciados pela sociedade contemporânea, têm resultado em maior preocupação com a qualidade dos serviços.

No contexto hospitalar, permeado de especificidades e complexidades, as unidades de urgência são desafiadas a incorporar a qualidade no seu gerenciamento com o intuito de garantir um atendimento adequado, no menor espaço de tempo possível, evitando ou minimizando sequelas e outros danos à saúde dos usuários e dos trabalhadores.<sup>1</sup>

Visando à consolidação da qualidade nos serviços de urgência, o Ministério da Saúde, em 2006, por meio da Portaria n.º 3125,<sup>2</sup> instituiu o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde – QualiSus. Dentre as propostas apresentadas nessa portaria, constam: proporcionar maior conforto na assistência ao usuário; atendimento de acordo com o grau de risco; atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e; diminuição do tempo de permanência no hospital.

Concomitante às determinações legislativas, muitos hospitais e os seus respectivos serviços de urgência, para se manterem em um cenário de competitividade e atualização tecnológica, têm procurado inovar o seu sistema gerencial por meio da adoção de Programas de Qualidade, congregando, dentre outros aspectos, o humanismo e a satisfação dos clientes internos e externos.<sup>3</sup>

O gerenciamento focado na qualidade preza também pelo aprimoramento contínuo em todos os níveis da organização, o que leva à necessidade do uso de sistemas avaliativos, os quais têm a finalidade de identificar parâmetros de desempenho e direcionar os recursos de maneira adequada na busca da excelência do atendimento.<sup>3</sup> Neste sentido, muitas instituições hospitalares brasileiras e suas respectivas unidades de urgência têm aderido ao sistema de Acreditação Hospitalar, que consiste em um processo de avaliação por meio de padrões de qualidade previamente estabelecidos, de caráter voluntário, realizado por uma organização independente à instituição acreditadora, credenciada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA)<sup>4</sup>.

A Acreditação Hospitalar fundamenta a sua análise a partir de três níveis. O nível 1 se relaciona com a avaliação da segurança na estrutura física, sanitária e de capacitação profissional; o nível 2 compreende a avaliação da organização dos processos de trabalho; e o nível 3 se destina à avaliação das práticas de gestão e de qualidade<sup>4</sup>.

Traçando um paralelo entre o processo de acreditação e a avaliação em saúde, percebe-se que os três níveis se relacionam com a tríade Estrutura,

Processo e Resultado, proposta pelo médico Avedis Donabedian<sup>5</sup> e que, ainda hoje, é reconhecido como o principal estudioso da qualidade na área da saúde. Na abordagem donabediana, a Estrutura se relaciona aos recursos humanos, físicos, materiais, financeiros e instrumentos normativos; o Processo compreende as atividades que envolvem os profissionais e os usuários, com base em padrões determinados; e o Resultado consiste no produto final da assistência prestada, de forma a analisar o estado da saúde e a satisfação de padrões e expectativas.<sup>5</sup>

Considerando que a Tríade Donabediana permite uma análise sistemática da qualidade do atendimento à saúde;<sup>5</sup> que apesar dos avanços no atendimento à urgência no Brasil quanto à organização do sistema de saúde e à regulação dos casos, muitos serviços desta área, principalmente aqueles de natureza pública, ainda permanecem superlotados e em situações precárias<sup>6</sup> e; que os recursos humanos ocupam posição de grande destaque na prestação de serviços e refletem a imagem da instituição,<sup>7</sup> questiona-se: Qual é a percepção dos trabalhadores de um Serviço de Urgência Público sobre a qualidade da Estrutura do local onde atuam? Para responder à questão enunciada propõe-se a realização deste estudo que tem como objetivo Apreender a percepção de trabalhadores de um Serviço de Urgência Público em relação à Qualidade da Estrutura local.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no Serviço de Urgência de um Hospital Universitário Público localizado na região Leste do estado de São Paulo, o qual possui 267 leitos, é mantido exclusivamente com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência na assistência à urgência/emergência para cinco municípios da microrregião.

A escolha da instituição se justifica pelos seguintes fatores: 1) adoção da Cultura da Qualidade há mais de cinco anos e, 2) prestação de serviços de urgência de natureza pública.

O hospital em estudo, desde 2001, trabalha no aprimoramento da Filosofia da Qualidade e desenvolve uma metodologia de avaliação por meio da Acreditação Hospitalar proposta pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Nesta perspectiva, a referida instituição mantém desde 2006 o mais alto nível de certificação da ONA (nível 3 - Acreditação com Excelência).

Em relação aos procedimentos para coleta de dados, após aprovação da Diretoria do Hospital e do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM)-PR, uma das pesquisadoras fez contato com a coordenação do setor de urgência para em conjunto programar o cronograma da coleta de dados, a qual foi realizada em abril de 2010.

Participaram do estudo dez trabalhadores da equipe multiprofissional que atuavam no Serviço de Urgência e que atendiam aos seguintes critérios: tempo de atuação mínimo de seis meses no setor e disponibilidade para participar da entrevista. Além disso, foram priorizados profissionais que trabalhavam nesse local desde a sua inauguração e vivenciaram ao longo do tempo o sistema de Gestão da Qualidade.

Foram realizadas entrevistas individuais, durante o horário de trabalho dos participantes, em uma sala privativa no próprio hospital, utilizando a frase norteadora: “Fale sobre a sua percepção em relação à qualidade do atendimento no Serviço de Urgência” e as questões auxiliares: “Como você vivencia a qualidade no Serviço de Urgência?”, “Como você avalia a qualidade da Estrutura no Serviço de Urgência?”. As falas foram registradas em três gravadores digitais. Utilizou-se também o Diário de Campo, na qual uma das pesquisadoras, após as entrevistas, anotou as suas percepções e as reações dos entrevistados que não puderam ser captadas pelos gravadores, como: expressões faciais, posturas e gesticulações.

O referencial metodológico utilizado para o tratamento dos dados foi a Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática.<sup>8</sup>

A Análise de Conteúdo consiste em “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.<sup>8:44</sup>

Após realizar as entrevistas e as transcrições na íntegra, foram executadas as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.<sup>8</sup> Sendo assim, inicialmente foi feita uma leitura detalhada dos depoimentos observando os aspectos relevantes. Posteriormente, as partes de interesse foram grifadas de acordo com o objetivo do estudo. Na segunda etapa, escreveu-se ao lado das falas as palavras (códigos) que expressavam o conteúdo da entrevista. Na sequência, estes conteúdos foram agrupados levando a um título genérico, que possibilitou

apreender uma categoria temática e seis subcategorias. As anotações (códigos) juntamente com as observações ajudaram na construção de inferências e interpretações.

Cabe ressaltar que as falas dos informantes foram analisadas e discutidas, basicamente, a partir de referenciais que abordam a Gestão da Qualidade, os Serviços de Urgência e Emergência e a Avaliação em Saúde por meio da tríade donabediana.<sup>5</sup>

Com a finalidade de preservar a identidade dos entrevistados e diferenciá-los, os mesmos foram identificados com a letra “E” de “Entrevistado”, seguida de numeral arábico, que corresponde à ordem em que as entrevistas foram realizadas. Para facilitar a interpretação dos dados, alguns trechos de falas foram adequados/corrigidos, sem que os respectivos conteúdos fossem modificados.

Atendendo aos preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,<sup>9</sup> este estudo foi aprovado pelo COPEP da UEM-PR sob o parecer n. 013/2010. Antes de serem entrevistados, os profissionais foram informados a respeito do objetivo da pesquisa, assegurando-lhe o direito de recusa na participação do estudo e do anonimato. Todos os informantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

## APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

A distribuição dos dez entrevistados quanto à categoria profissional e tempo de atuação no hospital se apresentou do seguinte modo: Assistente Social (1) com 8 anos e 6 meses; Auxiliar Administrativo (1) com 9 meses; Auxiliar de Limpeza (1) com 3 anos; Enfermeiro (1) com 4 anos e 6 meses; Fisioterapeuta (1) com 3 anos; Médico (2), ambos com 9 anos; Recepcionista (1) com 8 anos; Segurança (1) com 10 anos e; Técnico em Enfermagem (1) com 10 anos. Em relação à escolaridade, cinco informantes eram Pós-Graduados, três possuíam Ensino Médio completo, um concluiu o Ensino Fundamental e um tinha o Ensino Fundamental incompleto.

A categoria que emanou das falas e que será discutida neste estudo é intitulada “Um Olhar para a Estrutura do Setor de Urgência”, amparada nas subcategorias: Recursos Materiais; Recursos Humanos; Recursos Físicos; Recursos Financeiros; Instrumentos Normativos e Sistemas de Informação.

## UM OLHAR PARA A ESTRUTURA DO SETOR DE URGÊNCIA

### Os Recursos Materiais no Serviço de Urgência

Os materiais são “insumos ou fatores produtivos, de natureza física, com determinada durabilidade, empregados na realização de procedimentos/atividades assistenciais aos pacientes internados”,<sup>10</sup> podendo ser classificados como permanentes e de consumo. No gerenciamento dos materiais hospitalares, é importante determinar os recursos necessários para as atividades assistenciais ou de apoio, considerando os aspectos quantitativos e qualitativos, conforme se evidencia nas falas dos trabalhadores: [...] *os materiais são bons, não falta, tem tudo [...] (E1); [...] sempre vem materiais de boa qualidade e quando está para chegar um novo, vem pra gente testar primeiro. Então quer dizer que se a gente não aprova, não fica. Assim, não é só no particular que tem coisa boa, aqui tem também e a gente testa antes (E2); [...] aqui a gente tem os materiais e equipamentos disponíveis e trabalha tentando melhorá-los. [...] Procuramos também evitar o desperdício. Se temos uma boa quantidade de material disponível, não é por isso que vamos usá-los sem critérios, esbanjar e gastar sem precisar (E5).*

Com base nas falas apresentadas, percebe-se que há disponibilidade de materiais em quantidade e qualidade apropriadas à realização do trabalho. Isso é um fato importante, pois possibilita aos profissionais executarem as suas atividades de forma contínua e segura. No setor de urgência, a importância da adequação dos materiais é potencializada tendo em vista que o tempo é um fator determinante no atendimento e a falta de um insumo pode acarretar danos irreversíveis ao paciente.

A possibilidade de testar o material antes de comprá-lo conforme relatado pelos entrevistados reforça o compromisso da instituição com a qualidade e o refinamento no gerenciamento hospitalar. Acrescido a isso, uma gestão participativa, que respeita a opinião do trabalhador em relação a um produto ou equipamento utilizado, resulta em satisfação profissional e compromisso/responsabilidade deste profissional com um atendimento de excelência.<sup>11</sup>

Através da observação da pesquisadora e de comentários dos trabalhadores, foi possível identificar que na instituição investigada ocorrem ações voltadas à “manutenção preventiva”, que é realizada periodicamente nos equipamentos permanentes. Essa conduta certamente resulta em aumento da vida

útil dos equipamentos; redução de despesas e prontidão no atendimento de emergência.

Em contraste à realidade em estudo, muitos hospitais públicos brasileiros sofrem com a escassez de recursos materiais e se obrigam a realizar adaptações e improvisações em materiais e equipamentos, muitas vezes, desprovidos de segurança. Fatos como esses resultam em desgaste físico e psíquico nos trabalhadores, sendo mais agravante nos casos de urgência, em que não pode haver interrupção do atendimento.<sup>12</sup>

Por outro lado, conforme relatado por um dos entrevistados, o fato de haver materiais disponíveis e em quantidade adequada não deve ser motivo para que os trabalhadores utilizem inadequadamente estes recursos, tendo em vista que o desperdício certamente aumenta os gastos financeiros, prejudica a aquisição de novos produtos e compromete o alcance da qualidade no atendimento.<sup>5</sup>

### **Os Recursos Físicos no Serviço de Urgência**

Quando uma pessoa chega a um serviço de urgência, a sua primeira impressão geralmente se relaciona à estrutura física que, muitas vezes, está em precárias condições. São edifícios hospitalares antigos e mal conservados; dimensões estruturais que não se alteraram com o aumento do número de atendimentos, espaço físico que não garante a privacidade dos usuários e familiares, dentre outros. Apesar de essa ser a realidade de muitas instituições, os relatos dos entrevistados apontam que no serviço investigado a situação é diferente: *[...] eu acho que melhorou bastante, a questão de sanitários que era muito precária, agora a gente tem sanitários até muito bons. [...] então, eu acho que agora está bom (E7); A estrutura física, eu acho que melhorou 100%. [...] porque antes os nossos pacientes ficavam no corredor, nas macas. Agora, com a reforma [...] eles não ficam todos amontoados. [...] cada um fica num cantinho (E2).*

Observou-se que o ambiente e a estrutura física do serviço de urgência foram avaliados positivamente pelos informantes que, através de expressões faciais e gestos de contentamento, relataram as reformas e as adequações realizadas para atender às demandas dos usuários e trabalhadores.

Embora não seja tão visível e mensurável, o recurso físico exerce influência positiva ou negativa para quem frequenta os hospitais. Uma pessoa que chega a um

serviço de urgência para ser atendida, certamente se encontra angustiada e com dor, e não precisa e nem merece ser submetida a desconfortos adicionais advindos de uma estrutura física inadequada.

Tem-se então que a comodidade e o bem-estar devem ser prioridades no atendimento em unidades de Pronto Socorro, corroborando com a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, que aborda, dentre outros aspectos, o conceito de Ambiência nas instituições hospitalares, o qual se refere ao “[...] tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutive [...]”<sup>13:5</sup> focada na privacidade e na individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem (cor, cheiro, som, iluminação, morfologia) com o fim de garantir o conforto a trabalhadores, pacientes e sua rede social.

A relação do espaço-físico com a saúde/doença tem sido considerada como aspecto importante no planejamento hospitalar que além da prevenção de infecção, aborda a influência do ambiente no processo terapêutico do paciente por meio de medidas de ventilação, privacidade e iluminação.<sup>14</sup>

Cabe ressaltar que durante a construção de um hospital, muitas vezes, não são previstas as necessidades de estrutura física/ambiental dos usuários e trabalhadores. Com isso, os problemas somente são evidenciados após a sua finalização e durante a execução da rotina diária dos serviços, conforme se constata na fala a seguir: *“O problema maior que a gente tem é a temperatura. Às vezes isso compromete diretamente os pacientes. Eles ficam irritados, às vezes até ficam um pouco hipotensos. [...] é muito quente a área de atendimento (E6).*

No gerenciamento dos recursos físicos hospitalares, a atuação de uma equipe multiprofissional é fundamental para que, a partir do reconhecimento das necessidades assistenciais, se faça a programação, a execução e a avaliação do projeto arquitetônico, considerando as legislações específicas vigentes.<sup>15</sup> Dentre os profissionais capacitados para esse fim, destaca-se o enfermeiro que como líder e gerente das unidades hospitalares, incluindo as de urgências, é capaz de associar as atividades desenvolvidas pelos profissionais com a estrutura física e, assim, planejar um ambiente seguro e confortável aos que frequentam o local.<sup>15</sup>

## Os Recursos Humanos No Serviço De Urgência

As inovações tecnológicas ocupam cada vez mais espaço nas instituições hospitalares. No entanto, na área da saúde, os recursos humanos permanecem na centralidade dos processos produtivos porque a matéria-prima é o ser humano, assim como a execução do trabalho depende de pessoas.<sup>7</sup>

Um dos aspectos relacionado aos recursos humanos, comentado pelos entrevistados, se refere à necessidade de um quantitativo de profissionais adequado ao número de atendimentos, como se observa nas falas a seguir: *Eu acho que o número de profissionais depende da demanda de paciente, a gente tem sempre que contar com a demanda do hospital. [...] Quanto mais paciente tiver e quanto maior for a complexidade dele, a gente sente falta de um número maior de profissionais (E6); [...] a quantidade de funcionários [...] aumentou e ainda eu acho que deveria ter um pouquinho mais porque tem dia que isso tá lotado. Porque o hospital aqui não atende só os pacientes que vem encaminhado, vem também procura espontânea (E2).*

Para os entrevistados, a previsão de recursos humanos no serviço de urgência está relacionada à quantidade e à complexidade dos atendimentos oferecidos, os quais não são fixos e nem previsíveis. O clima de instabilidade constitui uma característica marcante deste serviço, sendo vivenciado, por exemplo, com a chegada de um ou mais pacientes, quando a constância é substituída pela agitação. Esse dinamismo faz com que o dimensionamento de profissionais neste setor seja desafiante e demande revisões constantes.

Além dos fatos mencionados, tem-se que os trabalhadores se confrontam diariamente com a crescente demanda espontânea que chega aos serviços de urgência, ocasionada dentre outros motivos, pelo crescimento da violência urbana e pela baixa resolutividade da Atenção Primária e Secundária do sistema de saúde, intensificando a problemática relacionada ao quantitativo de profissionais disponíveis e ao número de atendimentos prestados.<sup>1</sup>

Ressalta-se que a insuficiência de recursos humanos desencadeia aumento do ritmo de trabalho e conseqüente sobrecarga ao profissional que precisa executar mais tarefas em menos tempo. Tal situação é um fator que gera estresse ao trabalhador e reflete de forma prejudicial na qualidade do atendimento.<sup>16</sup>

A rotina do setor de emergência, com suas peculiaridades já apontadas anteriormente, exigem que o profissional desenvolva habilidades técnicas e cognitivas para que seja capaz de lidar com o inesperado, apresentando agilidade e segurança no seu desempenho. Diante disso, emerge a importância da qualificação e atualização destes trabalhadores, conforme se verifica nas seguintes falas: [...] *aqui você tem pessoas capacitadas. A equipe está muito bem preparada em termos de conhecimento e técnica para dar um bom suporte, um bom atendimento. Sabemos que a equipe vai dar conta (E4); A diretoria tem uma visão que pensa basicamente em qualidade assistencial para o paciente. Os diretores envolvem a gente em projetos, em cursos e a gente vai aprendendo. Você percebe que tudo é focado nisso (qualidade). O hospital (trabalhadores) está sempre buscando esse tipo de avanço [...] através da capacitação, de treinamentos, de reuniões e da troca de experiências (E1).*

Constata-se nos depoimentos que os trabalhadores, que atuam no setor investigado, buscam a qualificação e a capacitação profissional, relacionando-as com a qualidade assistencial. Esse pensamento corrobora com as diretrizes do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência,<sup>2</sup> o qual enfatiza a necessidade da capacitação de profissionais de nível técnico e superior e recomenda a implantação dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU) em todos os municípios brasileiros com o objetivo de criar espaços de saber interinstitucionais de formação, qualificação e educação permanente de pessoal para o atendimento em urgências em todos os níveis de atenção do sistema.

Um estudo realizado na Inglaterra evidenciou a importância da capacitação e do treinamento dos trabalhadores para a concretização de mudanças nas práticas em saúde com vistas à qualidade. Além disso, os resultados apontaram que estratégias educativas realizadas entre os membros da equipe multiprofissional favorece a troca de experiências e estimula o compromisso dos trabalhadores com a melhoria na assistência à saúde.<sup>17</sup>

Na perspectiva da qualidade assistencial, acredita-se que é no setor de urgência, a porta de entrada do hospital, que devem permanecer profissionais experientes e capacitados, visto que é nesse local que os trabalhadores, ao se depararem com a necessidade de atender os mais diferentes perfis de usuários, precisam tomar decisões rápidas e executar as suas atividades com segurança, utilizando diferentes tipos de competências.

## Os Recursos Financeiros No Serviço De Urgência

No cenário hospitalar, as unidades de urgência utilizam os recursos físicos, materiais e humanos para oferecer seus serviços em situações de risco de vida. Todo esse aparato tem um custo financeiro e isso foi abordado por um dos entrevistados: *Eu posso fazer a diferença na minha unidade, mas eu também dependo dos orçamentos financeiros. São as cobranças da Secretaria Municipal de Saúde. Na Secretaria de Saúde, nós somos orçados, nós temos um orçamento fixo. Se nós alcançarmos as metas, nós recebemos o dinheiro. Se nós não alcançarmos, nós recebemos menos* (E5).

A fala apresentada refere-se a uma das mudanças ocorridas no setor da saúde no Brasil - a valorização da gestão municipal, desenvolvida a partir da implantação do SUS. Com isso, houve maior autonomia das Secretarias Municipais de Saúde que se tornaram as principais responsáveis pela prestação de serviços de saúde e conseqüentemente pela gestão dos recursos financeiros.<sup>18</sup>

Os municípios, como gestores dos orçamentos para a saúde, monitoram as atividades desenvolvidas no setor para assegurar que estejam de acordo com o planejado, identificando situações que necessitam de correção ou intervenção. Para isso, trabalha-se com a contratualização de determinado serviço ou atividade com os órgãos públicos de gestão, como as secretarias de saúde, sendo que o repasse dos recursos financeiros é vinculado ao alcance de metas previamente acordadas entre as partes envolvidas. Nessa metodologia, as metas são sempre alteradas e isso traduz o processo contínuo de busca de melhorias e de qualificação dos serviços dessa área.<sup>18</sup>

Trabalhar com qualidade na saúde, é trabalhar com a otimização dos gastos financeiros despendidos. Donabedian<sup>18</sup> define a qualidade nos serviços de saúde a partir de setes componentes, dentre os quais se destaca a eficiência, que se relaciona à mensuração do custo que uma dada melhoria na saúde é alcançada. Assim, se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a que apresenta menor despesa.

Ressalta-se também que é possível chegar a um determinado ponto que a adição de novos custos não irá alterar o grau de melhoria já alcançado.<sup>19</sup> Desse modo, de nada adianta aumentar o financiamento na saúde, se não houver uma

gestão coerente, que saiba planejar e distribuir os recursos disponíveis de forma equânime, evitando-se o desperdício.

A vivência do entrevistado, o qual ocupa o cargo de coordenador do Serviço de Urgência, demonstra a preocupação com o alcance de metas pré-estabelecidas para que ocorra o repasse dos recursos financeiros e conseqüentemente a prestação dos cuidados. Nessa perspectiva, o alcance da qualidade desejada precisa se equilibrar com a disponibilidade do dinheiro, que sendo de natureza pública, incute aos gestores e trabalhadores a responsabilidade social e ética na sua utilização.

### **Os Instrumentos Normativos No Serviço De Urgência**

Nos depoimentos a seguir evidencia-se que os entrevistados, ao avaliarem a Estrutura do serviço de urgência, valorizam a existência de instrumentos normativos e protocolos: [...] *conseguimos organizar o trabalho quando foi instituído os protocolos institucionais. Colocamos rotinas, padronizamos as condutas, por exemplo, em relação à sedação, diluição de droga [...] Os protocolos foram grandes avanços aqui da emergência e proporcionaram integração maior entre os profissionais deste setor e entre os demais setores do hospital (E4); Com a implantação do Serviço de Urgência, identificamos quais os usuários que iríamos atender e elaboramos alguns protocolos de acordo com a proposta da qualidade e humanização no atendimento [...] (E7).*

Sendo o tempo um fator crucial no atendimento às urgências, emerge a importância e a necessidade de organização do serviço, observada nas falas apresentadas. Percebe-se, assim, que é possível direcionar as atividades no serviço de urgência conhecendo no primeiro momento, o perfil da população que será atendida, para que as suas necessidades sejam supridas. Além disso, o planejamento das ações que serão executadas e sua operacionalização devem envolver todos os profissionais que atuam desde a admissão até a alta do paciente, exigindo-se que sejam criados espaços para discussão e reflexão que, seguramente resultará em ações de qualidade.

Para algumas pessoas, serviço de urgência é sinônimo de desorganização e improvisação, o que dificulta o estabelecimento de normas e diretrizes. Apesar disso, por se tratar do cuidado à vida e à saúde humana, há quem defenda a

necessidade de instrumentos formais em instituições de saúde,<sup>20</sup> com a finalidade de padronizar as ações e organizar o ambiente/serviço, associado à orientação dos trabalhadores. Nessa perspectiva, recomenda-se que o bom-senso e a prudência sejam quesitos a serem lembrados pelos profissionais que os utilizam, a fim de evitar engessamento das decisões e promover a equidade do atendimento.<sup>20</sup>

Complementando o que foi exposto acima acerca da padronização, a abordagem da Gestão da Qualidade preza por ações de melhoramento contínuo. Sendo assim, os protocolos e diretrizes precisam ser revistos e readequados sistematicamente, mediante a concepção de que a busca da excelência nas organizações através de processos de ordenação e organização da assistência é dinâmica e ininterrupta.<sup>21</sup>

Outro fator importante no gerenciamento dos programas de qualidade é a participação efetiva de todos os profissionais envolvidos no processo de atendimento. Um estudo realizado na Unidade de Ortopedia e Traumatologia de um Hospital Universitário mostrou que, a implantação de protocolos a partir de reuniões sistemáticas e esclarecimentos com os trabalhadores melhorou o percentual de alguns indicadores de qualidade, tais como: diminuição no tempo de internação, no tempo médio de duração da cirurgia e também, no tempo médio de espera para a realização da cirurgia. Esses resultados, além de favorecerem o cliente, proporcionaram queda em todos os custos diretos vinculados à internação.<sup>21</sup>

Para um serviço de urgência, não basta estar em sintonia com os demais setores do hospital. É necessário também se relacionar adequadamente com todo o sistema de saúde, porque, com exceção das internações eletivas, é nesse local que o usuário é admitido e também é encaminhado a outros serviços da rede de saúde no momento da alta. A organização e o direcionamento desta relação estabelecida entre os serviços foram abordados no depoimento a seguir: *A gente tem tudo protocolado e normatizado. Então, não somos surpreendidos com pacientes novos, pois o SAMU não dá vaga zero na gente. Por quê? Porque o que tem que vir pra cá, eles já sabem, todo mundo já sabe* (E4).

A Portaria nº. 2048/2002<sup>22</sup> do Ministério da Saúde aborda a internação hospitalar na condição de “vaga zero”, que se relaciona ao encaminhamento de paciente sem a existência de um leito disponível. Essa situação, apesar de ser uma tentativa de garantir o acesso à assistência à saúde, pode desorganizar o serviço e desestabilizar a relação entre os trabalhadores do setor de urgência e os

profissionais de outros serviços, como é o caso do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

Por outro lado, a fala acima evidencia um cenário em que prevalece a integração entre o setor de urgência e os serviços extra hospitalares. Isso é louvável porque o direcionamento no atendimento às urgências por meio de instrumentos normativos tende a apoiar tomadas de decisões rápidas e seguras as quais podem ser revertidas em mais tempo ao paciente, promovendo o acolhimento e propiciando um atendimento mais resolutivo e qualificado.

### **O Sistema De Informação No Serviço De Urgência**

No atual mundo globalizado, as informações têm ocupado cada vez mais espaço na cadeia produtiva. Neste contexto, os serviços de urgência, que também têm sofrido influências desse fenômeno, produzem muitos dados que poderão ser transformados em informações rápidas para subsidiar o gerenciamento do cuidado, conforme se constata nas falas a seguir: *Com o sistema no computador [...] é possível gerar um código de acordo com a procedência de cada paciente. [...] então, podemos fazer as estatísticas dos atendimentos (E8); nós monitoramos o tempo de atendimento na sala de emergências, a classificação de risco, o tempo de espera na realização de eletrocardiograma, tomografia, o tempo de permanência do paciente no setor. Não é para ficar muito tempo. [...] por que está ficando tanto tempo?! (E10).*

Para algumas instituições, alcançar um padrão satisfatório na assistência às urgências é, muitas vezes, uma utopia, um desejo distante da realidade. Entretanto, percebe-se nas falas dos trabalhadores que, a partir de informações atualizadas no sistema informatizado, pode-se diagnosticar o perfil dos usuários do serviço e analisar se os mesmos estão de acordo com a missão institucional, que no caso do hospital deste estudo consiste em oferecer atendimento prioritariamente secundário e terciário aos usuários do SUS de uma microrregião, que comporta cinco municípios localizados na região leste do estado de São Paulo.

Ademais, quando se utiliza indicadores assistenciais, tais como o tempo de permanência no serviço, a qualidade deixa de ser uma aspiração abstrata e totalmente subjetiva. A utilização de um instrumental estatístico, verbalizada pelos entrevistados, possibilita que, a partir de dados concretos, seja feita uma análise rápida da situação, verificando o desempenho organizacional e fazendo com que a

tomada de decisão seja fundamentada em fatos/dados e não somente na intuição, o que aumenta a possibilidade de se obter melhores resultados.<sup>23</sup>

Os sistemas avaliativos por meio de indicadores propiciam também a realização de análises comparativas externas ao hospital, em perspectiva local, regional, nacional e internacional, assim como a verificação da evolução, em determinado período de tempo, do padrão de desempenho do serviço. Essas análises apoiam ações de melhoria, que vêm ao encontro da Filosofia da Qualidade, a qual tem como um dos seus princípios básicos o aperfeiçoamento contínuo do atendimento.<sup>3</sup>

Os profissionais entrevistados realizam periodicamente discussões sobre ações a serem aprimoradas com base nos indicadores de qualidade detectados. De acordo com o relato do coordenador do setor de urgência, com a realização dessas reuniões, observa-se que em muitas atividades realizadas pelos profissionais, como é o caso da admissão do paciente, da realização de exames, da confecção de curativo, dentre outros, estão presentes a valorização do registro das informações e a concepção de monitorização do cuidado/atendimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que este estudo atendeu ao objetivo proposto, tendo em vista que a compreensão da percepção de trabalhadores de um serviço de urgência público em relação à Estrutura local, possibilitou a análise dos recursos físicos, materiais, humanos, financeiros, normativos e do sistema de informação, relacionando-os com a qualidade do serviço investigado.

Os entrevistados avaliaram positivamente a Estrutura do serviço em que atuam, com destaque para a disponibilidade dos recursos materiais em quantidade e qualidade satisfatórias; reformas e adequações realizadas na estrutura física; qualificação e capacitação profissional; repasse dos recursos financeiros a partir de metas institucionais; direcionamento do atendimento por meio de protocolos estabelecidos com os serviços intra e extra-hospitalares e o monitoramento das informações através de indicadores de qualidade.

Dentre as fragilidades da Estrutura do setor de urgência, os trabalhadores mencionaram a alta temperatura do ambiente, que proporciona desconforto e que,

de certo modo, compromete a qualidade assistencial e o *déficit* no quadro de recursos humanos.

É importante destacar que o gerenciamento focado na qualidade preza pela satisfação de padrões de excelência e pelo atendimento das expectativas dos clientes internos e externos, o que exige ousadia para que sejam implementadas mudanças institucionais que se iniciam com frequência nos aspectos estruturais dos serviços. Isto se deve ao fato de que a dimensão Estrutura, quando comparada ao Processo e ao Resultado, traz efeitos mais imediatos e visíveis e, assim, proporciona um clima de motivação na organização e favorece a continuidade na promoção de melhorias nas demais dimensões.

Considerando que o hospital investigado é acreditado no nível 3 pela ONA e que para alcançar esse padrão deve contemplar os requisitos dos níveis inferiores, pode-se inferir que o hospital pesquisado e a unidade de urgência priorizam a estrutura e a segurança, que são critérios necessários para se atingir o nível 1. Essa constatação corrobora com a vivência dos trabalhadores entrevistados, que, de forma geral, avaliaram satisfatoriamente a Estrutura desse serviço.

Acredita-se que o conhecimento produzido por esta pesquisa contribui à fundamentação e à compreensão da importância da dimensão Estrutura nos serviços de urgência, essencialmente aqueles de natureza pública, que ao adequar os seus aspectos estruturais às necessidades do trabalhador e da clientela, aumentam as chances de produzir atendimento de qualidade.

## REFERÊNCIAS

1. Sabbadini FS, Gonçalves AA. A unidade de emergência no contexto do ambiente hospitalar. *Rev Eletrônica de Administração Hospitalar*. 2005; 1(1):1-13.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 3125, de 07 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. Ministério da Saúde, 2006.
3. Araújo MAP, Neto FRGX, Chagas MIO, Brasil RWN, Cunha ICKO. Qualidade na atenção hospitalar: análise da percepção dos trabalhadores de saúde de um hospital do norte cearense. *Rev. adm. saúde*. 2008 Abr-Jun; 10(39): 73-78.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Rev. saúde pública* 2004; 38 (2): 335-6.
5. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *J. Am. Med. Assoc.* 1988; 260(12): 1743-1748.
6. Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante.

Rev Eletr Enferm [online]. 2009[acesso em 2009 Ago 12]; 11(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.html>

7. Monteiro MRMB. A importância da gestão de pessoas para as instituições de saúde. Rev. adm. saude. 2009 Jan-Mar; 11(42): 43-48.

8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70;2008.

9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética e pesquisa. Resolução Nº 196/96. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996.

10. Mesquita SRAM, Anselmi ML, Santos CB, Hayashida MM. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. Rev. latino-am. enfermagem . 2005 Jul-Ago; 13(4):555- 61.

11. Gelbcke F, Matos E, Schmidt IS, Mesquita MPL, Padilha, MFC. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. Texto & Contexto enferm. 2006 Jul-Set; 15(3): 515-20.

12. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. Texto Contexto Enferm. 2009 Abr-Jun; 18(2): 266-72.

13. Ministério da Saúde(BR). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Ambiência. Ministério da Saúde, 2004.

14. Viana LMV, Bruzstyn I, Santos M. Ambientes de saúde: o estado da arte da arquitetura hospitalar frente aos desafios contemporâneos. Cad. saude colet. 2008 Jan-Mar; 16(1): 7-20.

15. Takahashi RT, Gonçalves VLM. Gerenciamento de Recursos Físicos e Ambientais. In: Kurcgant P, organizador. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro(RJ):Guanabara Koogan;2005. p.184-94.

16. Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Rev. latino-am. enfermagem . 2006 Jul-Ago; 14(4):534-9.

17. Heard SR, Schiller G, Aitken M, Fergie C, Hall LM. Continuous quality improvement: educating towards a culture of clinical governance. *Quality in Health Care*. 2001; 10(sup. 2):70-8.

18. Couttolenc BF, Zucchi P. Gestão de Recursos Financeiros. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.

19. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. Arch. pathol. lab. med. 1990 Nov; 114(11): 1115-118.

20. Matsuda LMM, Meireles VC, Gomes FV, Saalfeld SMS, Molina RM. Instrumentos administrativos: percepção de enfermeiros de um hospital universitário. Cogitare enferm. 2010 Jan-Mar; 15(1): 117-23.

21. Lagioia UCT, Falk JÁ, Ribeiro Filho JF, Libonati JJ, Lopes JEG. A gestão por processos gera melhoria de qualidade e redução de custos: o caso da unidade de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Rev. contab. financ.2008 Set-Dez; 1(48): 77 – 90.

22. Ministério da Saúde(BR). Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. Determina o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ministério da Saúde, 2002.

23. Donabedian A, Wheeler HRC, Wyszewianski L. Quality, cost, and health: an integrative model. Med. Care. 1982 Out; 20(10): 975-92.

## 6.2 ARTIGO 2

UM OLHAR PARA A QUALIDADE NO PROCESSO DE ATENDIMENTO DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA PÚBLICO: PERSPECTIVAS DE TRABALHADORES<sup>1</sup>

LOOKING FOR QUALITY OF SERVICE IN CASE OF AN EMERGENCY PUBLIC SERVICE: PERSPECTIVES FOR WORKERS

UN VISTAZO A LA CALIDAD EN EL PROCESO DE ASISTENCIA DE UN SERVICIO DE EMERGENCIA PUBLICO: PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES

Larissa Gutierrez da Silva<sup>2</sup>

Laura Misue Matsuda<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq que subsidiou o Projeto “Gestão na área da saúde: perspectivas da qualidade”, aprovado no Edital Universal nº14/2008.

<sup>2</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – PR. Rua Mato Grosso, n. 218, ap. 81. CEP: 86010-180. Londrina - PR. Telefone: (43) 8402-3737. E-mail: [larissagutierrez@yahoo.com.br](mailto:larissagutierrez@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – PR. E-mail: [Immatsuda@uem.br](mailto:Immatsuda@uem.br)

## RESUMO

Pesquisa qualitativa que teve o objetivo de compreender a percepção de trabalhadores relacionada ao processo de atendimento em um Serviço de Urgência. O referido Serviço se situa no estado de São Paulo e adota o sistema de Gestão da Qualidade (GQ). Foram realizadas 10 entrevistas individuais com trabalhadores da equipe multiprofissional. Os dados foram tratados de acordo com o método Análise de Conteúdo Temática. Os depoimentos foram categorizados em duas dimensões intituladas "Técnica" e "Relacional" segundo o referencial donabediano. Na primeira dimensão, os entrevistados identificaram a qualidade no processo de atendimento, com destaque à integração entre a unidade de urgência e os serviços extra-hospilares; a necessidade da qualidade estar presente em todos os níveis de atenção do sistema de saúde; a expectativa e o direcionamento das lideranças em relação à qualidade do serviço; a gestão de eventos não desejados focada no processo de trabalho e não na punição de pessoas; a promoção da qualidade a partir do Acolhimento com Classificação de Risco e do atendimento de casos referenciados. Em relação à segunda dimensão, os entrevistados enfatizaram as práticas humanizadas através do respeito às necessidades e às preferências dos usuários e a relação favorável entre os trabalhadores. Conclui-se que, apesar dos participantes manifestarem sentimentos de desagrado com o trabalho em equipe, eles percebem que o processo de atendimento, no serviço de urgência, está em sintonia com os preceitos da qualidade.

Palavras chave: Qualidade da Assistência à Saúde. Gestão de Qualidade. Serviço Hospitalar de Emergência. Pesquisa em Administração de Enfermagem.

## ABSTRACT

Qualitative research that aimed to understand the perceptions of workers about the process of care in an emergency department. The office is located in the state of Sao Paulo and adopts the system of Quality Management. 10 individual interviews were conducted with a multidisciplinary team and the data were treated according to the method of content analysis. The reports were categorized into two dimensions of entitled "Technical" and "Relational" according to the reference donabedian. In the first dimension the respondents identified the quality of the care process, with emphasis on integration between the unit and emergency services extrahospilares; the quality need to be present at all levels of care of the health system, the expectation of leadership and direction in relation to service quality, management of unwanted events focused on the work process and not the punishment of persons and the promotion of quality from the Reception and Classification of Risk with the attendance of referred cases. Regarding the second dimension, respondents emphasized the humanized practices by respecting the needs and preferences of users and favorable relationship between the workers. We conclude that, although no reports of discontent about the teamwork, the respondents perceive that the process of care in the emergency department is in line with the principles of quality.

Key words: Quality of Health Care. Quality Management. Emergency Service Hospital. Nursing Administration Research.

## INTRODUÇÃO

Uma unidade de urgência e emergência tem o propósito de acolher e de atender adequadamente os usuários através de uma avaliação rápida, estabilização do quadro agudo e pronta admissão no hospital<sup>1</sup>.

Cabe salientar que em virtude das divergências e dúvidas quanto à utilização das terminologias “urgência” e “emergência”, o Ministério da Saúde<sup>2</sup> questiona a diferenciação destes conceitos e opta por utilizar o termo “urgência” para todos os casos agudos. Dessa maneira, corroborando com os pressupostos do referido órgão, para fins deste estudo, não haverá diferenciação entre as duas terminologias, pois ambas se referirão à unidade/serviço/setor de atendimento hospitalar que atende às situações que demandam atendimento imediato.

Verifica-se também na literatura científica e nos meios de comunicação a utilização dos termos “Pronto Socorro” e “Pronto Atendimento” como sinônimos de Serviço de Urgência e Emergência. Devido às contradições na compreensão semântica das variadas terminologias referentes à área, o Ministério da Saúde define uma nova nomenclatura e classificação para o âmbito da assistência hospitalar, cujas premissas se fundamentam na proposta de regionalização e criação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência<sup>3</sup>.

No contexto mundial, os serviços de urgência há muito vivenciam situações relacionadas ao fenômeno da “superlotação”, em que a procura por atendimento excede à capacidade de oferta de um cuidado de qualidade em tempo hábil. Os motivos para a crise nesses serviços são múltiplos, destacando-se o aumento do quantitativo e da complexidade de ocorrências agudas; insuficiência no número de leitos hospitalares para atender a essas enfermidades e déficit de profissionais de saúde, sobretudo de médicos e enfermeiros<sup>4</sup>.

Percebe-se que o cenário das unidades de urgência no Brasil, apresenta similaridades com a realidade mundial, visto que também é caracterizado por longas filas de espera para atendimento, demanda excessiva de usuários, recursos físicos e humanos deficientes<sup>5</sup>. Frente a essa realidade e a pouca resolutividade da Atenção Primária, a baixa qualidade no atendimento de urgência tem sido foco de discussões na sociedade brasileira, pois a percepção que se tem é de que esses locais tornaram-se depósitos de pessoas com problemas de saúde, muitos dos quais poderiam ser resolvidos na Rede Básica<sup>5</sup>.

Almejando a prestação de serviços em melhores níveis de qualidade, o Ministério da Saúde, em 2003, instituiu a Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) - “QUALISUS” - que prioriza o processo de qualificação nos serviços de urgência e emergência e prevê, dentre outros aspectos, propostas de mudanças nas interrelações entre profissionais de saúde e usuários; introdução de novas tecnologias organizacionais de atenção e novos modelos de gestão nas portas de urgências hospitalares<sup>6</sup>.

Quanto aos resultados do QUALISUS, estudo realizado em oito serviços públicos de emergências apontou baixa influência desta política nas instituições. Apesar de constatar que o relacionamento entre os profissionais e a credibilidade do trabalho pela equipe eram satisfatórios, os autores chamam a atenção para o desafio em incorporar a qualidade nos serviços de emergência e indicam algumas ações como: investimento na integração do hospital a rede de atenção do SUS; capacitação de recursos humanos e implementação do sistema de regulação de leitos<sup>7</sup>.

Para atender as determinações legais e aprimorar o gerenciamento com vistas à qualidade e à segurança do atendimento, muitas instituições hospitalares brasileiras e suas respectivas unidades de urgência têm aderido ao sistema de Acreditação Hospitalar, que consiste em um processo de avaliação por meio de padrões de qualidade previamente estabelecidos, de caráter voluntário, realizado por uma organização independente à instituição acreditadora, credenciada pela Organização Nacional de Acreditação – ONA<sup>8</sup>.

A Acreditação Hospitalar fundamenta a sua análise a partir de três níveis. O nível 1 se relaciona com a avaliação da segurança na estrutura física, sanitária e de capacitação profissional; o nível 2 compreende a avaliação da organização dos processos de trabalho; e o nível 3 se destina à avaliação das práticas de gestão e de qualidade<sup>8</sup>.

Traçando um paralelo entre o processo de acreditação e a avaliação em saúde, percebe-se que os três níveis se relacionam com a tríade Estrutura, Processo e Resultado, proposta pelo médico Avedis Donabedian<sup>9</sup> e que, ainda hoje, é reconhecido como o principal estudioso da qualidade na área da saúde.

No contexto da avaliação dos serviços de saúde, Donabedian estabelece que as condições Estruturais referem-se aos recursos físicos, materiais, financeiros, humanos e organizacionais; o Processo compreende a prática assistencial definida a

partir de critérios e a forma de interação entre o profissional e o usuário e o Resultado analisa o estado de saúde e a satisfação de padrões e expectativas<sup>9</sup>.

Na abordagem da Gestão da Qualidade na Saúde, o Processo de trabalho/atendimento é considerado como o principal meio para se atingir a Qualidade dos serviços<sup>10</sup>. Desse modo, o seu controle é tido como condição essencial para assegurar as ações que objetivam a melhoria contínua.

No contexto deste estudo, a Qualidade é entendida como o grau com que os serviços satisfazem as necessidades e expectativas de atendimento dos indivíduos e famílias<sup>6</sup>.

Na perspectiva de melhorias nos processos de atendimento em saúde, destaca-se que, em 2010, 146 instituições hospitalares públicas e privadas foram acreditadas e desenvolveram o sistema de qualidade conforme os padrões da ONA. Destas, 45 pertencem à categoria “acreditado”, 48 à “acreditado pleno” e 53 à acreditação com excelência<sup>11</sup>.

Mediante a importância de se obter informações que contribuam à qualificação dos serviços de urgência, e por considerar que a avaliação do Processo de atendimento reflete a essência da qualidade da atenção à saúde e constitui condição essencial nessa busca, questiona-se: “Qual é a percepção dos trabalhadores de um Serviço de Urgência Público sobre a qualidade no Processo de atendimento? Para responder a essa questão se propõe a realização deste estudo que tem como objetivo compreender a percepção de trabalhadores de um Serviço de Urgência Público relacionada à qualidade no Processo de atendimento.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo tem o caráter descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, e foi realizado em um Serviço de Urgência de um Hospital Universitário da região Leste do estado de São Paulo-SP, o qual possui 267 leitos, é integrante da rede estadual de saúde e é mantido exclusivamente com recursos do SUS.

Para a escolha da instituição pesquisada, estabeleceram-se como critérios a utilização do sistema Gestão da Qualidade há mais de cinco anos e prestação de serviços de urgência de natureza pública. Ressalta-se que o serviço investigado é referência na assistência à urgência/emergência para cinco municípios da

microrregião e atende aos usuários encaminhados formalmente de Unidades Pré-Hospitalares Fixas do município sede, como por exemplo, Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades; de Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência; de outras instituições hospitalares; além dos usuários que procuram o serviço espontaneamente.

A coleta de dados ocorreu em março de 2010, após a aprovação da diretoria do hospital e do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) – PR, sob o Parecer n. 013/2010. Foram realizadas dez entrevistas individuais, em local privativo do hospital, com os trabalhadores que formavam a equipe multiprofissional do serviço de urgência. Para a seleção dos participantes, foi considerado o tempo de atuação mínimo de seis meses no serviço; a função exercida no setor e a disponibilidade para participar da entrevista. Além disso, buscaram-se profissionais que trabalhavam no local desde a sua inauguração e vivenciaram ao longo do tempo o sistema de Gestão da Qualidade.

A frase norteadora do estudo foi: “Fale sobre a sua percepção em relação à qualidade do atendimento no Serviço de Urgência”. Utilizou-se também duas questões auxiliares: “Como você vivencia a qualidade no Serviço de Urgência?”, “Como você percebe a qualidade do processo de atendimento no Serviço de Urgência?”. As entrevistas foram registradas em três gravadores digitais, após o consentimento dos entrevistados. Além da gravação, utilizou-se também um Diário de Campo, no qual foram registradas as percepções da pesquisadora observadas durante as entrevistas, como expressões faciais, gesticulações e reações dos entrevistados.

Na etapa posterior à coleta de dados, fez-se a transcrição das entrevistas e a exploração do material, buscando-se identificar os núcleos temáticos, conforme estabelece o método de Análise de Conteúdo Temática, proposto por Bardin<sup>12</sup>.

Para análise dos depoimentos, procederam-se as seguintes etapas: 1) Pré análise, realizada por meio de leituras sucessivas; 2) Exploração do material, para identificação das unidades de registro que possibilitaram apreender o núcleo de compreensão do texto e 3) Tratamento dos resultados, para definição das categorias de análise, inferência e interpretação dos dados.<sup>11</sup>

Quanto aos preceitos éticos, uma das pesquisadoras esclareceu os trabalhadores quanto ao objetivo do estudo, a garantia do sigilo das informações, a

participação espontânea e a liberdade de se retirarem da pesquisa a qualquer momento. Após isso, os entrevistados leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Destas, uma foi entregue ao participante e a outra ficou de posse da pesquisadora.

Na apresentação dos resultados, com o objetivo de manter o anonimato, os entrevistados foram identificados com a letra “E”, seguida de numeral arábico, correspondente a ordem das entrevistas. Para facilitar a interpretação dos dados, alguns trechos de falas foram readequados, atentando-se para que não houvesse alteração no conteúdo dos depoimentos.

## APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

Conforme os dados do perfil sociodemográfico, os 10 entrevistados apresentaram a seguinte distribuição referente à função exercida e o respectivo tempo de atuação no hospital: Assistente Social (1) com 8 anos e 6 meses; Auxiliar Administrativo (1) com 9 meses; Auxiliar de Limpeza (1) com 3 anos; Enfermeiro (1) com 4 anos e 6 meses; Fisioterapeuta (1) com 3 anos; Médico (2), ambos com 9 anos; Recepcionista (1) com 8 anos; Segurança (1) com 10 anos e Técnico em Enfermagem (1) com 10 anos.

A categoria temática que emanou dos depoimentos e que será abordada neste estudo se intitula “Vivenciando as Interfaces do Processo de Atendimento no Serviço de Urgência”, apoiada em subcategorias as quais foram exploradas em duas dimensões conforme os pressupostos sobre avaliação dos serviços de saúde enunciados por Donabedian<sup>12</sup>: “Dimensão Técnica” e “Dimensão Relacional”.

## **VIVENCIANDO AS INTERFACES DO PROCESSO DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

### **Dimensão Técnica**

De acordo com o referencial donabediano quanto à qualidade<sup>13</sup>, o desempenho técnico se relaciona com a aplicação de conhecimento e de tecnologia em saúde a fim de maximizar os benefícios e reduzir os riscos aos clientes. No presente estudo, constatou-se que a dimensão técnica do componente “Processo”

foi estabelecida com base em três subcategorias: “Integração entre a Unidade de Urgência e os serviços intra e extra-hospitalares”, “Gestão do processo de trabalho” e “Fluxo de atendimento”.

### **Integração entre a unidade de urgência e os serviços intra e extra-hospitalares**

O indivíduo que chega a uma unidade de emergência, muitas vezes já “migrou” por diversos serviços da rede de saúde e está insatisfeito por não ter o seu problema resolvido. Situações desse tipo são encontradas, dentre outros motivos, pelo distanciamento dos serviços de saúde a um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade que exige que os profissionais “olhem” e atendam o indivíduo como um ser humano integral que adocece e morre devido a fatores relacionados ao estilo de vida e ao trabalho<sup>2</sup>.

Uma das consequências da inobservância da integralidade no atendimento à saúde é a superlotação nos serviços de urgência, cujo atendimento não responde às reais necessidades do usuário por se resumir ao tratamento sintomático. Tem-se então que o referido cenário das portas hospitalares de urgência está relacionado à falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica, à precariedade dos serviços para atendimento dos casos agudos de média complexidade e à desarticulação entre os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

Um entrevistado ressaltou a importância da integralidade e da qualidade nas ações em todos os serviços de saúde: *[...] não adianta você ter qualidade de atendimento no serviço hospitalar, se antes ou depois o paciente não encontra qualidade na unidade básica, nos outros hospitais ou nos ambulatórios de especialidades. Essa é a nossa grande preocupação: buscar uma visão integrada e total da qualidade. Ter qualidade é fazer tudo, da melhor maneira possível, em todos os lugares para que os pacientes fiquem satisfeitos e tenham suas necessidades supridas. [...] É necessário também considerar que para se ter qualidade, precisamos entender que o indivíduo que está aqui na urgência é o mesmo que busca um atendimento na unidade básica, no ambulatório (E3).*

Na vivência do processo de atendimento, os trabalhadores também relacionaram a qualidade com a relação estabelecida entre a unidade de urgência e os serviços extra-hospitalares: *Para mim, a emergência é uma transição do sistema.*

*De um lado está todo o sistema de saúde e do outro, o próprio hospital. [...] Não basta ser bom na emergência, eu tenho que ser bom na relação com outros serviços para garantir que a minha assistência e a de outros lugares seja adequada e completa (E10).*

Os depoimentos apresentados enfatizam a importância de compreender que o atendimento à saúde acontece em um sistema interdependente. Neste sentido, a qualidade precisa permear todos os espaços assistenciais, pois as ações realizadas em um determinado local influenciam e ao mesmo tempo são influenciadas pelo cuidado oferecido em outros níveis de atenção à saúde.

A compreensão de trabalho em rede, evidenciada nas falas, contribui para que as práticas no setor de emergência sejam resolutivas e humanizadas, na medida em que buscam um maior intercâmbio entre todos os serviços de saúde disponíveis. Iniciativas desse tipo possibilitam transpor ações isoladas que acontecem no interior dos hospitais e que não satisfazem todas as necessidades dos usuários, tais como o acompanhamento de doenças crônicas com alto potencial de morbidade, como é o caso da hipertensão arterial, diabetes e asma<sup>2</sup>.

Um dos entrevistados abordou os benefícios da integração entre os serviços do sistema de saúde no momento da alta hospitalar, demonstrando preocupação com o usuário depois que ele deixa o hospital: *[...] essa parceria entre os serviços favorece a alta precoce, a desospitalização do paciente. Quando ele já tem a condição clínica, mas precisa terminar um tratamento de antibiótico ou de um curativo, então a gente faz contato com essa rede e já encaminha, identificando quem o paciente deve procurar, em que horário. Se precisar, nós disponibilizamos a medicação ou algum material para o curativo (E7).*

Percebe-se que no local em estudo a preocupação com a qualidade do processo de atendimento não está somente em estabilizar o quadro clínico e rapidamente liberar a maca ou o leito para outros pacientes. O esforço dos profissionais se concentra também na integração entre os profissionais/serviços que atenderam ao usuário, antes dele ser admitido no setor de urgência e os que irão acompanhá-lo após a sua alta. De acordo com a literatura, ações desse tipo são louváveis porque previnem complicações clínicas relacionadas à permanência desnecessária do paciente no ambiente hospitalar e reduzem prejuízos financeiros, sociais e emocionais causados pela internação prolongada<sup>14</sup>.

Tendo em vista a garantia da qualidade através da articulação entre os diferentes níveis de atenção, a qual foi mencionada pelos informantes, ganha destaque um dos princípios do SUS - a integralidade, que está associada à horizontalização das ações em saúde e tem como uma de suas vertentes os mecanismos de referência e contra referência<sup>2</sup>.

Esse processo, que ainda é incipiente no Brasil, compreende:

[...] os encaminhamentos dos pacientes (referência) aos serviços não disponíveis em seu município/região, como também a garantia de que uma vez atendidas suas necessidades, o paciente seja reencaminhado à sua região de origem (contra referência), impedindo, assim, a saturação tão comumente observada nos serviços especializados<sup>2:30</sup>.

Evidencia-se que os trabalhadores da unidade de urgência estudada, ao relatarem a aproximação e a interatividade com outros serviços de saúde consideram a qualidade a partir dos conceitos de “integralidade” e de “referência e contra referência”, apesar de não fazerem menção a estes termos. De fato, a primazia na busca da excelência dos serviços comprova-se em ações comprometidas com a qualidade e não meramente em citações de conceitos e fórmulas prontas.

Com o objetivo de humanizar o atendimento e de reduzir o tempo de hospitalização, uma iniciativa apontada na literatura<sup>14</sup> comprovou a importância da parceria do hospital com a Atenção Básica. Esta estratégia, denominada “alta especial”, prevê o monitoramento dos clientes que excedem o período previsto de internação e o estímulo à alta precoce.

Para que o procedimento da “alta especial” ocorresse, foram articuladas ações de contra referência com a rede básica de saúde que incluíram acompanhamento pela equipe multidisciplinar após a alta do hospital, no caso de necessidades especiais como cuidados fisioterápicos, e fornecimento de medicações e materiais para antibioticoterapia injetável pela instituição hospitalar às Unidades Básicas de Saúde<sup>14</sup>. Ressalta-se que a prática em disponibilizar recursos materiais aos serviços da atenção básica para garantir a continuidade do atendimento, também foi relatada pelos trabalhadores da unidade de urgência investigada.

Na perspectiva do processo permanente de melhoria da qualidade assistencial, a instituição em estudo buscou o desenvolvimento de uma metodologia

de avaliação através da Acreditação Hospitalar proposta pela ONA e mantém desde 2006 o maior nível de certificação deste órgão. A vivência dos entrevistados corresponde com o que se estabelece o referido método: [...] *no processo da acreditação que nós passamos periodicamente, a nota do hospital é a menor nota que possa existir em um determinado setor. Se uma unidade, a higiene hospitalar, por exemplo, não foi certificada nos padrões mínimos exigidos, o hospital inteiro não é certificado. [...] não adianta somente a urgência ser a melhor, porque as coisas são integradas (E10). A avaliação da acreditação comprovou que a urgência está muito unida com os diversos setores do hospital, como por exemplo, a radiologia, os setores de internação, a farmácia, o laboratório (E5). A acreditação nos ajudou também a perceber que um setor do hospital influencia diretamente o outro. Assim, quando temos um problema ou dificuldade, fazemos uma reunião entre os setores. Com a manutenção preventiva dos equipamentos foi assim, hoje está melhor porque houve uma discussão entre os profissionais (E4).*

Observa-se nos discursos dos informantes que a garantia e o aprimoramento da qualidade no serviço de emergência, que atende aos pacientes instáveis clinicamente, exige não somente um intercâmbio com as estruturas e os processos que acontecem no sistema de saúde, mas também com os serviços intra-hospitalares. Nessa perspectiva, a qualidade não é buscada isoladamente, pois um atendimento de urgência seguro e resolutivo deve ter, como uma de suas metas, realizar permanentemente essa interação.

No caso do hospital em estudo, pode-se inferir que ao buscar a integração entre os serviços intra-hospitalares, os trabalhadores vivenciam e direcionam as suas ações em consonância com a missão institucional, que consiste em oferecer aos usuários do SUS um atendimento de alta confiabilidade e de qualidade<sup>15</sup>.

A importância da relação harmoniosa entre os setores hospitalares, evidenciada nas falas dos informantes, se remete a um dos fundamentos da Acreditação Hospitalar: desenvolver os processos de trabalho de forma integrada e interdependente. Nesta metodologia de avaliação, a organização hospitalar é considerada um sistema complexo em que suas estruturas e processos estão interligados de tal forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final. Por isso que, mesmo que alguns serviços do hospital tenham alcançado padrões elevados de qualidade, se outros apresentarem padrões inferiores, serão estes últimos os que caracterizarão o nível de acreditação<sup>5</sup>.

Cabe salientar que na busca da excelência do atendimento, os programas de qualidade e o método de acreditação incentivam a gestão pró-ativa, que é pautada na flexibilidade e no dinamismo, procurando respostas que se adaptem às necessidades identificadas e promovendo mudanças institucionais com o propósito de aperfeiçoar o processo assistencial oferecido aos usuários<sup>10</sup>.

Na perspectiva da gestão pró-ativa, conforme o relato de um entrevistado, a partir da identificação de um evento indesejável no serviço investigado, são realizadas reuniões com os profissionais dos setores envolvidos na situação que se pretende solucionar, buscando melhorias no processo de trabalho. Como exemplo, foi mencionada a discussão referente aos equipamentos que, antes de o hospital ser avaliado por meio da Acreditação, recebiam apenas manutenção corretiva, que passou a ser preventiva em virtude de as lideranças compreenderem que essa atribuição do serviço de engenharia interfere diretamente em todo o processo de atendimento.

### **Gestão do processo de trabalho**

No contexto dos serviços de urgência, em que decisões rápidas e seguras são características necessárias aos trabalhadores, a possibilidade de falhas é inevitável, pois nele há pessoas que cuidam de outras pessoas. Então, o que fazer diante da ocorrência de situações não desejadas no atendimento à urgência? Como resposta, os entrevistados abordaram questões relacionadas à forma de gerenciamento do trabalho: *A defesa que a instituição faz é que o erro é do processo. Neste modelo, nós investigamos tudo o que acontece dentro desse processo para sabermos o que fazer para intervir. Evitam-se punições de pessoas, pois intervimos em cima dos erros do processo. (E5). Trabalhamos com a ideia de que o defeito não é das pessoas, o problema que falhou não é porque você é ruim como profissional ou gestor, mas sempre ter a ideia de que é uma cadeia, é um dominó de situações que propiciam o erro (E10).*

Percebe-se que os entrevistados não negam a existência de erros na vivência do processo de trabalho. Entretanto, a maneira como é administrada essas situações indesejáveis é adequada, na medida em que prevalece a compreensão de que o alcance da excelência no serviço não é obtido pela simples caça aos culpados, mas sim pela análise e melhorias nos processos de atendimento.

Na abordagem da Gestão da Qualidade, modelo adotado pelo hospital investigado, as inconformidades são consideradas problemas nos processos e não nas pessoas. Este modelo gerencial preza por mudanças nos processos produtivos para alcançar resultados benéficos de forma permanente, o que traz consequências favoráveis quanto à motivação dos profissionais envolvidos, que se sentem mais empenhados na busca da excelência do atendimento quando percebem que o foco da gestão é produzir um cuidado de qualidade e não punir as pessoas envolvidas no processo de trabalho<sup>10</sup>.

No tocante ao gerenciamento dos eventos não desejados no Setor de Urgência, do depoimento de um informante emergiu a importância da participação do profissional na gestão do trabalho *[...]Quem precisa participar da gestão também é a pessoa que está na linha de frente, o nosso colaborador. A gente fala colaborador, mas nem sempre ele é assimilado como colaborador. [...] isso não é um processo fácil. Infelizmente, a gente ainda não tem o colaborador participando. Temos que rever isso (E3).*

A necessidade levantada pelo entrevistado aponta que o trabalhador não deve ser um mero prestador de serviços, mas um indivíduo ativo que tem a oportunidade de expressar a sua opinião e colaborar no alcance das metas institucionais. Nesse sentido, destaca-se que os modelos de gestão da qualidade priorizam o envolvimento de todos os trabalhadores na tomada de decisão e considera que as mudanças necessárias nos processos aconteçam efetivamente quando prevalece o compromisso e a responsabilidade individual dos profissionais com a melhoria contínua e a positividade dos resultados<sup>10</sup>.

Um aspecto positivo relacionado à melhoria contínua nos processos do serviço investigado se refere à expectativa da direção do hospital em relação à qualidade do atendimento: *A diretoria tem uma visão que pensa basicamente em qualidade assistencial para o paciente. Os diretores envolvem a gente em projetos, em cursos e a gente vai aprendendo. Você percebe que tudo é focado nisso (qualidade). O hospital está sempre buscando esse tipo de avanço. A gente percebe bem que vem da diretoria mesmo e isso chega até nós (E1). Desde o início, o diretor queria que esse hospital se diferenciasse: é um hospital público sim, mas com imagem de um público de qualidade. Ele não queria ter construído aquele imaginário de que público significava paciente em maca, sem lençol, sem condições de*

*trabalho, não só para os trabalhadores, mas também para os usuários. Ele sempre quis ter essa marca e passou isso para todos os colaboradores. (E10)*

De nada adianta os trabalhadores de uma instituição desejarem com afincamento o aperfeiçoamento no atendimento que oferecem, se a alta administração não assimila esta proposta. Na fala dos trabalhadores é perceptível que o compromisso das lideranças com a qualidade é tomado como exemplo aos trabalhadores e reflete nos saberes e nas práticas em todos os níveis da organização.

Destaca-se também que, desde a criação do hospital, as lideranças focaram no atendimento de qualidade, rompendo barreiras e paradigmas relacionados à qualidade dos serviços públicos. Esse empenho certamente permitiu o desenvolvimento de uma cultura de qualidade institucional<sup>16</sup>, a qual vincula a excelência do atendimento aos valores, crenças, regras não escritas e atitudes dos membros da organização hospitalar. Assim, foi possível romper o mito de que qualidade é viável somente nos serviços privados, onde os clientes pagam diretamente pelo atendimento.

### **Fluxo de atendimento**

Das falas relacionadas ao processo de atendimento no gerenciamento da qualidade, emanaram características voltadas à forma de atendimento como: agilidade, prontidão, preocupação e empatia com o usuário: *A dinâmica desde a porta de entrada até a internação deles (pacientes) na observação é muito rápida e a assistência acontece logo na admissão (E6). [...] se o paciente chegou com muita dor no peito, eu vou lá, chamo o enfermeiro. O enfermeiro já coloca pra dentro para atender, faz um eletro e outras coisas. Se for uma situação mais grave, eu volto fazer a ficha com o acompanhante, enquanto esse paciente é atendido, porque tem coisas que a gente não pode prever. [...] a gente se coloca um pouco no lugar dele (paciente) (E8).*

Dos relatos dos informantes, pode-se inferir que no cotidiano do serviço investigado, permeia a comunicação entre os profissionais e o trabalho em equipe, resultando na otimização do tempo no atendimento. Estudo aponta que a integração entre os diferentes trabalhadores favorece a rapidez no atendimento à urgência<sup>17</sup> o que, sem dúvida, se constitui em fator primordial ao desempenho satisfatório neste serviço, em que o tempo é um indicador essencial. Além disso, a literatura aponta

que o dinamismo do processo de trabalho nas urgências se vincula ao prazer e à satisfação dos profissionais em poder ajudar as pessoas e principalmente em salvar-vidas<sup>18</sup>.

Muitos serviços de emergência em nosso país permanecem com grandes filas de espera e não existe um critério de atendimento além da ordem de chegada, prevalecendo um clima de competitividade e disputa entre os usuários que querem ter seus problemas resolvidos<sup>19</sup>.

Em contraste a esta realidade, é possível identificar nos depoimentos dos trabalhadores que o setor de urgência investigado está organizado para acolher todos os usuários que procuram o serviço, permitindo um espaço de escuta das necessidades da população, com organização da fila de espera de acordo com a gravidade dos casos: [...] *eu pergunto o que está acontecendo e oriento o paciente: "Aqui é um hospital referenciado. Eu explico tudo e falo: "A gente abre a ficha para você. O enfermeiro vem para fazer a avaliação e verificar a sua prioridade." (E8). [...] para quem não é referenciado a gente sempre faz avaliação de risco. Começa desde a entrada do paciente. Os enfermeiros tiveram um treinamento para isso e baseiam-se na gravidade do quadro apresentado. A gente dispensa muitos pacientes com orientações sobre o sistema de saúde para ele entender o que é um serviço referenciado (E4).*

Ao relatar sobre a organização e o acolhimento, percebe-se que as ações dos trabalhadores se fundamentam na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão, a qual enfatiza a necessidade de oferecer atenção integral e resolutiva à população através de práticas que humanizam e que devem estar presentes em todos os locais e momentos nos serviços do sistema de saúde<sup>19</sup>.

A prática da Classificação de Risco também foi mencionada pelos informantes. Esse é um método utilizado para ordenação da fila de espera e se diferencia do conceito de triagem, porque tem como objetivos garantir o atendimento a todos os usuários que buscam o serviço; reduzir o tempo de espera, priorizando os casos mais graves; fornecer informações ao paciente e seus familiares sobre o provável tempo de espera em situações em que não há risco imediato e aumentar a satisfação dos usuários e dos trabalhadores<sup>19</sup>.

Frente aos propósitos da Classificação de Risco, considera-se que a sua efetiva aplicação favorece à melhoria da qualidade nos serviços de emergência. Entretanto, é necessário assegurar a construção de uma rede de pactuações

internas e externas ao serviço de urgência para que sejam estabelecidos fluxos de atendimentos por grau de risco e que isso seja assimilado por toda a rede de atenção à saúde<sup>19</sup>.

Na organização do fluxo de atendimento segundo a gravidade ou agravamento da queixa apresentada pelo paciente, ganha notoriedade o papel desempenhado pelo enfermeiro, que exercendo sua liderança, desponta como protagonista na porta dos serviços de urgência. Considera-se que esse papel lhe é pertinente porque a sua formação profissional abrange não somente questões técnicas e biológicas, mas também aspectos sociais e emocionais, que viabilizam uma prática acolhedora e responsiva às necessidades da população<sup>20</sup>.

Sob a perspectiva da qualidade, alguns profissionais manifestaram contentamento com a assistência oferecida à população, relacionando-o com o fato de o serviço atender aos casos predominantemente referenciados. *[...] trabalhar aqui na emergência é muito bom, eu acho que é uma das poucas emergências da região que dá para você manter um trabalho com qualidade. [...] o fato de ser referenciado é um ponto importante (E4). A qualidade daqui não deixa a desejar porque é um hospital referenciado. Os pacientes quando chegam, a enfermagem já está esperando; os médicos já sabem. Agora, um pronto socorro mesmo de um hospital geral é bem diferente (E3).*

Para os entrevistados, trabalhar em uma unidade de urgência referenciada, diferente de um pronto socorro que atende somente demanda espontânea, resulta em satisfação porque permite que o atendimento seja planejado, seguro e resolutivo.

O fato de os entrevistados perceberem como fator positivo a condição de o serviço ser referenciado é um indicativo de que eles reconhecem os princípios de regionalização e descentralização do SUS, relacionando-os com os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, que foram instituídos pela Política Nacional de Atenção às Urgências<sup>21</sup>. A existência de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, voltadas aos Serviços de Urgência, sem dúvida, permite organizar e qualificar a assistência, exigindo um direcionamento nas ações a partir de protocolos e normatizações estabelecidos em duas vertentes: entre a unidade de urgência e os demais serviços do sistema de saúde; e no contexto local da unidade de urgência, que está inserida em uma organização hospitalar.

## **Dimensão Relacional**

O cenário competitivo do mundo moderno impõe que os serviços incorporem as inovações tecnológicas em velocidade cada vez maior. Isso frequentemente ocorre através da aquisição de equipamentos e máquinas sofisticadas, utilização de sistemas de informação e aprimoramento profissional contínuo. No universo da saúde, entretanto, para que as ações alcancem e mantenham um nível de excelência, é necessário também o desenvolvimento das “tecnologias leves” que se referem ao relacionamento interpessoal, à comunicação, ao vínculo e ao acolhimento entre os envolvidos no processo de trabalho<sup>22</sup>.

Tendo em vista a importância das tecnologias leves no processo de trabalho em saúde e considerando os pressupostos donabedianos, é possível observar que a dimensão relacional é manifestada na relação interpessoal que ocorre entre o profissional de saúde e o paciente, com o objetivo de satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as expectativas e necessidades do paciente<sup>13</sup>.

Na vivência do processo de atendimento dos profissionais entrevistados, verificou-se que a dimensão relacional está apoiada nas subcategorias: “O Encontro entre os Profissionais e os Usuários” e “Desvelando a Teia de Relações entre os Profissionais”.

### **O encontro entre os profissionais e os usuários**

O trabalho na área da saúde acontece a partir do encontro entre pessoas, sendo este permeado de emoções e sentimentos. O usuário traz as suas necessidades para que sejam atendidas por um ou vários profissionais, os quais detêm conhecimento e instrumentos específicos. Desta forma, observa-se que o produto final do processo em saúde, diferente da área industrial, é a própria realização da atividade que é consumida pelo usuário, no momento em que é produzida<sup>22</sup>.

Considerando a complexidade do processo de trabalho em saúde e a busca do aprimoramento da atenção e da gestão no SUS, a política instituída nacionalmente intitulada “Qualisus” define a qualidade como o grau com que os serviços satisfazem às necessidades e às expectativas de atendimento dos indivíduos e das famílias. Nessa perspectiva, apresenta a humanização das relações

entre os profissionais e os usuários do sistema como uma das dimensões da qualidade e valoriza o aspecto humano e subjetivo nas práticas assistenciais<sup>6</sup>.

Frente às características do setor de urgência hospitalar, onde de um lado há os trabalhadores os quais devem ser ágeis para cumprir uma rotina acelerada de atendimento e do outro, os usuários que chegam angustiados e ansiosos ao serviço, questiona-se: É possível identificar práticas humanizadas no setor de urgência? Os depoimentos a seguir respondem a esse questionamento: *Eu vejo a preocupação das pessoas com o paciente [...]. Tá sempre perguntando o que o paciente prefere comer. A assistente social se preocupa em encontrar os familiares. Se o paciente não tem uma roupa, o pessoal da enfermagem procura alguma coisa no armário (E6). Eu nunca vi ninguém maltratar nenhum paciente. Aqui o tratamento é muito diferente. O pessoal tem carinho com os pacientes. A maneira de tratar o paciente aqui é uma coisa que eu admiro bastante, bastante mesmo (E9). Aqui você vê qualidade. Às vezes em outros lugares as pessoas não dão muita atenção para o paciente e aqui a gente procura dar o máximo (E8).*

Conforme sugerem as falas, os trabalhadores compreendem que o usuário é o elemento principal do seu trabalho e por assim conceberem, procuram, em suas práticas cotidianas, respeitar as necessidades e as preferências das pessoas que estão sob seus cuidados, desenvolvendo as tecnologias leves<sup>22</sup>. Salienta-se que para o cliente, o setor de emergência, quase sempre é visto como um ambiente que gera angústias, medo e incômodo<sup>23</sup> e por isso, o acolhimento e a cordialidade dos profissionais, evidenciados nas falas dos entrevistados, são fatores que certamente amenizam estas sensações.

Convém ressaltar que para o usuário, um serviço de qualidade é avaliado principalmente a partir de dimensões relacionais, observadas na maneira como o cuidado é prestado e em como o paciente é tratado pelos profissionais<sup>13</sup>. Assim, apesar de considerar importante o domínio técnico da qualidade em situações de ameaças à sua vida, os pacientes recordam com maior clareza de situações em que eles se sentiram acolhidos e respeitados<sup>13</sup>.

Na perspectiva da qualidade, faz-se necessário compreender as influências que as dimensões técnica e relacional exercem sobre o atendimento para que a partir disso se promovam ações de melhorias. Isso é importante porque um relacionamento interpessoal satisfatório, por si só não garante uma assistência resolutiva e qualificada<sup>13</sup>.

A valorização das relações entre as pessoas no processo de trabalho em saúde não se restringe à educação e à gentileza dos profissionais. Nesse aspecto, o trabalhador que atua nessa área precisa compreender que o objetivo principal do seu trabalho é oferecer respostas às necessidades e às expectativas dos usuários e que tais respostas serão mais efetivas quando o profissional, sentindo-se valorizado, o reconhece como cidadão, merecedor de respeito.

### **Desvelando a teia de relações entre os profissionais**

Nos depoimentos dos entrevistados, é possível perceber que no cotidiano do Serviço de Urgência investigado, as tecnologias ditas “leves”<sup>22</sup> não estão presentes somente na relação dos trabalhadores com os usuários, mas ocorrem sistematicamente no relacionamento entre os profissionais: *A gente conversa o tempo inteiro, desde a hora que o paciente chega, às vezes até mesmo antes dele chegar, a gente já tem uma discussão multidisciplinar. Isto faz com o cuidado seja melhor e tenha influência na forma como tratamos os pacientes (E6). A gente sente que tem esse canal aberto de comunicação entre as pessoas que trabalham aqui (E7). Quando eu penso na qualidade deste serviço de urgência, inevitavelmente eu penso no trabalho em equipe. A decisão acontece na equipe. [...] na hora que todo mundo decide junto, a coisa fica melhor. Se uma pessoa só decidir, não dá certo (E9).*

Observa-se a partir dos relatos e do modo como os informantes se manifestaram, que os saberes e as práticas desenvolvidas na unidade de urgência se fundamentam no trabalho em equipe e na comunicação aberta e frequente entre os profissionais. Verifica-se então que as tecnologias leves<sup>21</sup> não estão presentes somente nas relações que ocorrem entre os profissionais e os usuários, mas permeiam também os relacionamentos entre os trabalhadores, o que traz reflexos positivos na assistência ao paciente.

A enfermagem, que representa a maior força de trabalho nas organizações hospitalares, tem como um dos instrumentos básicos da profissão o trabalho em equipe, caracterizado por atividades realizadas por um grupo de profissionais de diferentes formações que precisam compartilhar dos mesmos objetivos para que o cuidado prestado atenda às reais necessidades dos usuários<sup>24</sup>. Desta forma, frente à significativa representação dos profissionais de enfermagem no contexto

hospitalar, a integração e a harmonia desta equipe influenciam diretamente na qualidade do serviço oferecido nas instituições de saúde, incluindo as unidades de urgência.

É possível perceber também que a vivência dos trabalhadores está em sintonia com a filosofia da qualidade, que privilegia o envolvimento e o comprometimento dos trabalhadores em todos os níveis da organização. Cria-se assim um clima organizacional saudável e dinâmico, em que a obrigatoriedade em cumprir normas e regras é substituída pelo compromisso e pela responsabilidade de cada colaborador para o alcance da qualidade<sup>10</sup>.

Em contrapartida, alguns entrevistados demonstraram descontentamento com o relacionamento entre os colegas de trabalho e relataram a existência de obstáculos na vivência do trabalho em equipe, conforme se evidencia nas seguintes falas: *Às vezes você vê algumas atitudes que emperram na qualidade do atendimento. Quando você sugere algumas coisas para outro profissional que não é de igual formação, ele não aceita muito. E isso é uma grande dificuldade, que às vezes me desanima. A qualidade vem ao encontro da aceitação da proposta do atendimento multiprofissional. E isso falta aqui, algumas vezes (E7). Dificuldade é [...] quando entra naqueles conflitos assim “Eu não concordo!”, “Eu concordo!” (afirma com veemência)[...]. E fica às vezes muita discussão em cima disso e parece que não sai do lugar (E4).*

No cenário investigado, os entrevistados demonstram acreditar que a integração dos profissionais exerce influência na qualidade do serviço oferecido aos clientes na medida em que as dificuldades apontadas como impeditivas da coesão do trabalho em equipe gera desestímulo e insatisfação no trabalhador, o que compromete o desempenho profissional e o atendimento das necessidades dos usuários.

Percebe-se também a existência de situações conflituosas no relacionamento da equipe, o que ocasiona distanciamento de um dos pilares da Filosofia da Qualidade: o dinamismo inerente à melhoria dos processos produtivos<sup>10</sup>. A sensação de que o processo de trabalho “*não sai do lugar*” aponta para o desafio das lideranças e liderados em combater a inércia organizacional e buscar a cooperação e o compromisso recíproco no cotidiano das práticas de saúde para que os resultados alcançados sejam satisfatórios e efetivos.

Cabe ressaltar, por outro lado, a importância e a necessidade de considerar

o conflito como matéria prima da gestão tendo em vista que nas organizações, como os hospitais, onde o componente relacional está fortemente presente, os dilemas e as situações conflituosas constituem uma consequência da interação entre as pessoas e não uma doença organizacional que deve ser escondida e eliminada instantaneamente. Desta forma, ao permitir que os conflitos sejam explicitados, analisados e resolvidos, tem-se a possibilidade de se gerenciar as dificuldades no processo de trabalho e implementar mudanças mais efetivas<sup>25</sup>.

As situações de urgência e emergência exigem um ritmo acelerado na execução das atividades e na tomada de decisões, potencializando a importância da coesão e da complementaridade da equipe de saúde, pois nenhuma categoria profissional, isoladamente, detém as competências necessárias para responder às diferentes demandas do cliente<sup>26</sup>.

Faz-se necessário, então, rever a maneira de se produzir o cuidado em saúde. A especialização, a fragmentação, a racionalização utilitarista, a padronização e o controle minucioso dos modos de fazer precisam ser substituídos por novas formas de organização produtiva, a qual exige saberes e práticas voltadas à integração, à flexibilidade, ao desenvolvimento de competências diversificadas e transversais<sup>26</sup> para que a excelência e a qualidade no atendimento à saúde seja vivenciada pelos usuários e trabalhadores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscou-se apreender as interfaces do processo de atendimento de um serviço de urgência, a partir da perspectiva dos profissionais, identificando duas dimensões desta vivência: técnica e relacional.

Na dimensão técnica, constatou-se que os entrevistados acreditam na importância da integração entre a unidade de urgência e os serviços intra e extra-hospitalares, assim como na necessidade da qualidade estar presente em todos os níveis de atenção à saúde. Observou-se também que na gestão da unidade investigada, os eventos não-desejados são administrados com foco no processo de trabalho e não na punição de pessoas.

Ainda na primeira dimensão, outro aspecto que emanou dos depoimentos refere-se à expectativa e ao direcionamento das lideranças em relação à qualidade do serviço, que influenciaram no desenvolvimento de uma Cultura de Qualidade no

hospital. Quanto ao fluxo de atendimento, destacou-se a agilidade, a prontidão e a segurança nas práticas cotidianas dos trabalhadores, que foram associadas à qualidade, promovida pelo sistema de Acolhimento com Classificação de Risco e ao atendimento de casos referenciados.

Em relação à dimensão relacional, observou-se que o encontro entre os profissionais e os usuários é permeado pela humanização, tendo em vista que os trabalhadores consideram o paciente como o centro do processo de trabalho e buscam em suas práticas respeitar as necessidades e preferências das pessoas que estão sob seus cuidados. Foi perceptível também a relação favorável que ocorre entre os profissionais através da comunicação aberta, do respeito e do trabalho em equipe, mas também houve relatos de descontentamento e até de pessimismo pelo fato do trabalho não se desenvolver como o desejado.

É importante ressaltar que na perspectiva da tríade donabediana, avaliar e atuar com as dimensões do Processo, considerando que estes aspectos constituem a centralidade na busca da qualidade, exige empenho e tempo considerável por parte dos líderes e liderados. Esta constatação deve ser assimilada por todos os envolvidos na prestação dos serviços, para que não haja desmotivação na equipe que precisa constantemente direcionar suas ações para um padrão de excelência.

O delineamento deste estudo, que buscou ouvir e apreender a percepção dos trabalhadores, partiu da convicção das pesquisadoras de que qualquer proposta de gerenciamento, inclusive com o foco na qualidade, só será efetivada se os trabalhadores acreditarem nos seus objetivos e os colocarem em prática. Nessa perspectiva, se observou que os trabalhadores entrevistados vivenciam a qualidade do processo de trabalho, pois acreditam que não basta apenas fazer, mas é preciso fazer bem feito.

A partir da realização deste estudo, infere-se que um serviço de urgência público, com um Processo de atendimento adequado, tende a oferecer aos usuários uma assistência de qualidade, pautada na sincronia das ações, na responsabilidade compartilhada, na definição de papéis entre os trabalhadores e na humanização das relações, o que seguramente aumentará a possibilidade em produzir resultados satisfatórios para a sociedade como um todo.

## REFERÊNCIAS

1. Rotstein Z. Management by constraints: considering patient volume when adding medical staff to the emergency department. *Intern. med. j.* 2002; 4:171- 174.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. [acessado 2009 Out 10]. Available from: [http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg\\_2048.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_2048.htm)
4. Kellermann AL. Crisis in the emergency department. *New England Journal of Medicine* 2006; 355(13):1300-1303.
5. O'Dwyer GO , Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Cienc. saude colet.* 2008;13(5):1637-1648.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Qualisus: Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília; 2004.
7. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta, MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Cienc. saude colet.* 2009; 14(5):1881-1890.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Rev. saude publica* 2004; 38 (2): 335-6.
9. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *J. Am. Med. Assoc.* 1988; 260(12):1743-1748.
10. Paladini EP. Gestão da qualidade: teoria e prática. 2ª ed. São Paulo: Atlas;2010. 339p.
11. Organização Nacional de Acreditação [página na Internet]. Organizações Certificadas. Brasília (DF): ONA; 2010 [acesso em 2010 Dez 21]. Disponível em: [www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas](http://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas).
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.224p.
13. Donabedian A. The Quality of Medical Care. *Science* 1978; 200(4344): 856-864.
14. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Cienc. cuid. saude* 2008; 7(1):65-72.
15. Hospital Estadual Sumaré. O hospital: nossa missão. 2010. [acessado 2010 Maio 23]. Available from: <http://www.hes.unicamp.br/hospital/hospital.php>.
16. Organização Pan Americana de Saúde. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS; 2004. 398p.
17. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto & Contexto enferm.* 2009; 18(2): 266-72.
18. Pai DD , Lautert L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. *Rev. latino-am. Enfermagem.* 2008; 16(3): 439-44.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde;2009.
20. Gatti MFZ, Leão ER. O papel diferenciado do enfermeiro no serviço de emergência: a identificação de prioridades de atendimento. *Nursing.* 2004; 7(73): 24-29.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

22. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
23. Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. Rev Eletr Enferm [online]. 2009[acesso em 2009 Ago 12]; 11(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.html>
24. Alves M, Mello RA. Trabalho em equipe entre profissionais da enfermagem em um centro de terapia intensiva. Cienc. cuid. Saúde 2006; 5(3):299-308.
25. Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?  
Cad. Saude Publica. 2005; 21(2):508-516.
26. Alves M, Ramos FRS, Penna CMM. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. Texto & Contexto enferm. 2005; 14(3):323-31

### 6.3 ARTIGO 3

A QUALIDADE E O RESULTADO DO ATENDIMENTO: PERCEPÇÃO DE  
TRABALHADORES DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA<sup>1</sup>

THE QUALITY OF CARE AND OUTCOME: PERCEPTION OF EMPLOYEES OF AN  
EMERGENCY SERVICE

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y RESULTADOS: PERCEPCIÓN DE LOS  
EMPLEADOS DE UN SERVICIO DE EMERGENCIA

Larissa Gutierrez da Silva<sup>2</sup>

Laura Misue Matsuda<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq que subsidiou o Projeto “Gestão na área da saúde: perspectivas da qualidade”, aprovado no Edital Universal nº14/2008.

<sup>2</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – PR. Rua Mato Grosso, 218, apartamento 81, CEP: 86010-180, Londrina-PR, telefone: (43) 8402-3737. E-mail: [larissagutierrez@yahoo.com.br](mailto:larissagutierrez@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – PR. E-mail: [Immatsuda@uem.br](mailto:Immatsuda@uem.br)

## RESUMO

Pesquisa qualitativa que teve como objetivo apreender a percepção de trabalhadores sobre os resultados do atendimento em um serviço de urgência público que adota o sistema de Gestão pela Qualidade. Foram realizadas 10 entrevistas individuais com os profissionais da equipe multiprofissional, cujos dados foram tratados de acordo com o método Análise de Conteúdo Temática, tendo emergido a categoria “Explorando o resultado do atendimento e a sua relação com a qualidade” e duas subcategorias “A busca de resultados positivos no cotidiano do Serviço de Urgência” e “A satisfação do cliente como foco das práticas no Serviço de Urgência”. Constatou-se que os trabalhadores valorizam a avaliação do processo de cuidado para o alcance de resultados positivos, que se empenham para a resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários e que estão dispostos a enfrentar os desafios relacionados à nova certificação de qualidade. Além disso, os entrevistados assumem a postura de que não basta atingir metas institucionais, mas também é preciso atuar com humanidade e em parceria com o usuário. Concluiu-se que, apesar de não haver participação efetiva do usuário no processo de atendimento, os trabalhadores do serviço investigado percebem que os resultados produzidos por intermédio da Gestão da Qualidade são positivos.

Palavras chave: Qualidade da Assistência à Saúde. Gestão de Qualidade. Serviço Hospitalar de Emergência. Pesquisa em Administração de Enfermagem.

## ABSTRACT

Qualitative research aimed at understanding the perception of workers about the outcomes of care in a public emergency department of the state of Sao Paulo, which adopts the system of Quality Management. It conducted 10 interviews with professionals in the multidisciplinary team, whose data were treated according to the method of Content Analysis emerging category "Exploring the outcome of care and its relationship to quality" and two subcategories "Search Results positive in daily Urgency Service" and "Customer satisfaction as the focus of practice in the Urgency Service". It was found that workers value the evaluation of the care process to achieve positive results; who strive for solving the problems presented by users, who are willing to face the new challenges related to quality certification. In addition, respondents take the position that is not enough to achieve institutional goals, but we must act humanely and in partnership with the user. It concluded that, although there is no effective user participation in the service process, service workers investigated realize that the results produced by means of quality management are positive.

Key words: Quality of Health Care. Quality Management. Emergency Service Hospital. Nursing Administration Research.

## INTRODUÇÃO

No contexto das transformações que ocorrem na sociedade contemporânea, em especial no meio produtivo de bens e serviços, a qualidade tornou-se uma exigência. Isso ocorre também na área da saúde e tem impulsionado as instituições a realizarem readequações no seu gerenciamento com o propósito de reduzir os custos, aumentar a produtividade e satisfazer às expectativas dos clientes.<sup>1</sup>

Frente à necessidade de elevar o nível de qualidade, os serviços de urgência e emergência, por se destinarem à prestação de atendimento imediato a indivíduos com agravos de saúde, são desafiados a incorporarem os preceitos da Qualidade na sua gestão, atendendo às premissas da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) – QualiSUS - que considera prioritária a realização de melhorias no atendimento às urgências.<sup>2</sup>

No panorama mundial, observa-se que nos últimos trinta anos, o atendimento à urgência e emergência tem sido objeto de discussão entre leigos e especialistas, com enfoque às questões que se relacionam ao aumento da demanda e à utilização inadequada desses serviços no segmento público ou privado. A precarização dos referidos serviços é evidenciada por dificuldades na infraestrutura, desorganização do processo produtivo, aumento da quantidade e especificidade dos casos atendidos, problemas sociais referentes à dificuldade de acesso dos usuários e baixa qualidade no atendimento.<sup>3</sup>

No Brasil, as portas hospitalares de urgência apresentam fragilidades semelhantes à conjuntura mundial, visto que também são caracterizadas por grande número de usuários que procuram o serviço e longas filas de espera para atendimento. Esta difícil realidade vivenciada pelos pacientes e trabalhadores relaciona-se principalmente à baixa resolutividade da atenção primária e à falta de integração entre os níveis de atenção à saúde, o que obriga os usuários a procurarem diretamente os serviços de alta complexidade.<sup>4</sup>

A proposta da Política “QualiSus” se fundamenta em critérios de vínculo, resolutividade, integralidade e responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários.<sup>2</sup> Desse modo, se almeja transformar o cenário precário e frágil dos serviços de urgência, no qual a dificuldade em lidar com a demanda excessiva de pacientes tem causado sobrecarga à equipe multiprofissional, aumento dos custos hospitalares e insatisfação dos usuários e trabalhadores.<sup>2</sup>

Em relação aos resultados do QualiSus, destaca-se um estudo realizado em três unidades de urgência hospitalares públicas do município de Recife-PE, que constatou nível intermediário de implantação do referido programa. Apesar dos aspectos referentes à resolutividade diagnóstica e terapêutica terem sido considerados como satisfatórios, os autores enfatizam a necessidade de investimentos em recursos físicos e humanos, nas tecnologias organizacionais e nas relações interpessoais visando produzir maiores benefícios à população.<sup>5</sup>

Concomitante ao cumprimento dos pressupostos do QualiSus, são perceptíveis os esforços para melhorar a qualidade dos serviços prestados nas unidades de urgência através da utilização de metodologias de avaliação, alicerçadas em padrões de qualidade. Nessa perspectiva, se destaca o processo de Acreditação Hospitalar, proposto pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), que tem possibilitado o alcance de resultados satisfatórios em instituições públicas e privadas e cuja avaliação se fundamenta em três níveis: Segurança, Organização e Práticas de Gestão e de Qualidade.<sup>6</sup>

No âmbito da qualidade em saúde, o médico Avedis Donabedian ganhou notoriedade ao considerar a necessidade e importância da avaliação dos cuidados médicos. De acordo com esse autor, a qualidade não se constitui em um atributo abstrato, sendo avaliada por meio de três dimensões: Estrutura, Processo e Resultado.<sup>7</sup>

Para Donabedian<sup>7</sup> a Estrutura se relaciona às características relativamente estáveis, como os recursos físicos, humanos e organizacionais; o Processo compreende o conjunto de atividades desenvolvidas a partir da relação entre o profissional e o cliente e o Resultado indica as mudanças no estado de saúde e a satisfação de padrões e expectativas. Ressalta-se que o modelo donabediano é utilizado como referência para mensurar os diferentes níveis de Acreditação Hospitalar no Brasil.<sup>6</sup>

Na perspectiva da qualificação dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde ressalta a necessidade de os serviços/profissionais refletirem sobre o resultado do atendimento oferecido aos usuários, para que se criem formas de gerenciamento que atendam às demandas da população e reduzam os riscos de adoecimento e de morte.<sup>2</sup>

Cabe ressaltar que na gestão hospitalar com foco na qualidade, deve-se levar em conta que a atenção à saúde, diferente de outros setores produtivos,

possui característica multifatorial. Desse modo, o seu gerenciamento depende do ambiente externo e interno da organização para que a assistência prestada aos usuários seja segura e resolutiva. Soma-se a isto, a relevância da motivação dos trabalhadores envolvidos no processo assistencial que, através de suas práticas cotidianas, constituem um dos principais fatores de sucesso dos programas de qualidade.<sup>8</sup>

Considerando a imperiosa necessidade de abordar a qualidade e os resultados do atendimento das unidades de urgência, associada à importância de conhecer a percepção dos trabalhadores que atuam nestes serviços, faz-se o seguinte questionamento: “Como os trabalhadores de um Serviço de Urgência Público, que adota a Gestão da Qualidade, percebem o resultado do atendimento prestado?”. Para responder a essa questão se propõe a realização deste estudo que tem como objetivo apreender a percepção de trabalhadores de um Serviço de Urgência público sobre os resultados do atendimento no sistema de Gestão pela Qualidade.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo tem o caráter descritivo – exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em um Serviço de Urgência de um Hospital Universitário da região Leste do estado de São Paulo-SP. A instituição, mantida exclusivamente com recursos do SUS, é referência no atendimento à urgência/emergência para cinco municípios da microrregião, o que representa uma população estimada de 650 mil habitantes. A escolha do hospital em questão se fundamentou em dois critérios: desenvolver o sistema da Gestão Qualidade (GQ) há no mínimo cinco anos e prestar atendimento de urgência de natureza pública.

Participaram da pesquisa dez trabalhadores que atuavam na equipe multiprofissional da referida unidade, selecionados conforme a função que exerciam e o tempo mínimo de seis meses de atuação no serviço. Optou-se também pelo profissional que atuava no setor desde a sua inauguração e que vivenciara ao longo do tempo a Filosofia da Qualidade.

A coleta de dados ocorreu em abril de 2010, através de entrevistas individuais em uma sala privativa do hospital, tendo como frase norteadora: “Fale sobre a sua percepção em relação à qualidade do atendimento no Serviço de

Urgência”. Utilizou-se também as questões auxiliares: “Como você vivencia a qualidade no Serviço de Urgência?”, “Qual a sua opinião ou experiência sobre a qualidade do resultado do atendimento no Serviço de Urgência?”. As falas foram registradas em três gravadores digitais, após o consentimento dos entrevistados que foram informados quantos aos objetivos e aspectos éticos da pesquisa, e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

A suspensão das entrevistas ocorreu quando a pesquisadora observou que o objetivo do estudo tinha sido alcançado. O tratamento e a análise dos dados se fundamentaram nas orientações de Bardin<sup>9</sup> através do método de Análise de Conteúdo Temática. Desta forma, após a transcrição integral das entrevistas, foram seguidas as seguintes etapas: 1) Pré análise: constitui a fase de organização, em que a partir das sucessivas leituras flutuantes do material impresso as partes de interesse dos depoimentos foram grifadas de acordo com o objetivo do estudo; 2) Exploração do material: as partes grifadas foram agrupadas de acordo com as similaridades, sugerindo-se títulos genéricos aos núcleos de compreensão do texto; 3) Tratamento dos resultados: compreendeu a formação das categorias e a realização da inferência e da interpretação dos dados.

O estudo foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>10</sup>, com aprovação da direção do hospital e do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) -PR, sob o parecer n°13/2010.

Para a diferenciação dos sujeitos da pesquisa, bem como preservação da sua identidade, os informantes/participantes/respondentes foram identificados com a letra ‘E’ seguida de numeral arábico que indica a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

Cabe ressaltar que alguns trechos de falas dos informantes que serão apresentados tiveram a redação ajustada à gramática portuguesa, no entanto tomou-se o cuidado para não modificar o conteúdo das mesmas.

## APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

No que tange à caracterização dos dez participantes, observou-se a seguinte distribuição de acordo com a função exercida e o respectivo tempo de

atuação no hospital: Assistente Social (1) com 8 anos e 6 meses; Auxiliar Administrativo (1) com 9 meses; Auxiliar de Limpeza (1) com 3 anos; Enfermeiro (1) com 4 anos e 6 meses; Fisioterapeuta (1) com 3 anos; Médico (2), ambos com 9 anos; Recepcionista (1) com 8 anos; Segurança (1) com 10 anos e Técnico em Enfermagem (1) com 10 anos.

A partir da análise de conteúdo dos depoimentos, foi possível apreender a categoria temática “Explorando o resultado do atendimento e a sua relação com a qualidade”, apoiada nas subcategorias: “A busca de resultados positivos no cotidiano do Serviço de Urgência” e “A satisfação do cliente como foco das práticas no Serviço de Urgência”.

## **EXPLORANDO O RESULTADO DO ATENDIMENTO E A SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE**

### **A Busca De Resultados Positivos No Cotidiano Do Serviço De Urgência**

Na abordagem da qualidade dos serviços de saúde, Donabedian<sup>11</sup> apresenta um conceito importante, no qual afirma que “qualidade é a relação apropriada entre meios e fins”. Para o autor, os meios são as estratégias de atenção e os fins são as mudanças produzidas por elas. Nesse sentido, para o alcance de um atendimento satisfatório (de qualidade), é necessário avaliar os fatores intervenientes em todas as etapas do processo assistencial e relacioná-los com os impactos produzidos. A vivência de um dos entrevistados aproximou-se desta concepção conforme se observa no depoimento a seguir: *Então a gente trabalha no processo, procurando com que cada paciente saia bem da urgência. [...] Meu objetivo é que meu produto final que é o paciente esteja ok, não esteja com danos. Por exemplo, se eu não administrar a medicação no horário, será que ele vai sair bem daqui? É um problema de qualidade. Se no momento de sair, o paciente não puder receber alta por causa do antibiótico que não foi feito, foi uma falha grave que a gente investiga e controla (E2).*

Segundo a percepção do informante, a administração da medicação no horário prescrito interfere diretamente na alta do cliente. Em outras palavras, a qualidade final do atendimento, evidenciada por condições clínicas adequadas para que o cliente receba a alta, é o resultado das ações realizadas durante todo o período de permanência do usuário no serviço de urgência. Ademais, o entrevistado,

ao afirmar que o usuário deve estar *bem* para deixar o hospital expressa a preocupação com a qualidade do produto final (a saúde/bem-estar) na sua produção/assistência à saúde (cuidados). Portanto, não basta liberar o cliente rapidamente para poder atender a mais pessoas; ele (o cliente) precisa receber um cuidado efetivo que garanta a sua alta com segurança.

Diante da vivência do entrevistado e da sua aproximação com a perspectiva da GQ, ressalta-se a importância do monitoramento contínuo por parte dos profissionais durante todo o processo produtivo com o objetivo de eliminar ou reduzir não conformidades e eventos adversos que provoquem resultados incongruentes. Desta forma, ao invés de somente avaliar a qualidade através da inspeção final dos produtos, como acontecia antes do advento da GQ, a busca de melhorias, em especial no atendimento à saúde, deve ser contínua e ocorrer desde a concepção do produto (cuidado) até o momento de pós-uso (pós-alta).<sup>12</sup>

No tocante à qualificação do atendimento nos serviços de urgência, emerge a necessidade de analisar o processo produtivo e administrar o fenômeno da superlotação, que tem sido apontado na literatura como uma condição indutora de resultados desfavoráveis nos atendimentos prestados. Este fato foi constatado numa pesquisa realizada na Austrália, que demonstrou haver uma relação linear entre superlotação em serviço de emergência e elevação da taxa de mortalidade no segundo, sétimo e trigésimo dias de internação.<sup>13</sup>

Frente às consequências prejudiciais da superlotação nas unidades de urgência, cabe destacar que o local onde este estudo foi realizado desenvolve estratégias gerenciais de âmbito local e regional que favorecem à redução da demanda excessiva de usuários, como por exemplo, o estabelecimento do atendimento referenciado através da regionalização e hierarquização do sistema de saúde e a estruturação do Acolhimento com Classificação de Risco. Estas medidas certamente resultam em atendimento mais eficiente e de maior qualidade na medida em que organiza o ambiente e o processo de atenção, e possibilita que os trabalhadores monitorem as ações visando a excelência do serviço oferecido.

No que se refere ao alcance de resultados satisfatórios do atendimento, um entrevistado demonstrou preocupação na resolução dos problemas dos pacientes e apontou um aspecto importante na organização e efetivação do SUS<sup>14</sup>: *A gente cobra muito a resolutividade aqui. Eu percebo que o serviço flui, não fica parado,*

*porque é resolutivo, porque resolve os problemas dos pacientes. Então os profissionais e os pacientes são beneficiados (E4).*

Ao mencionar o termo “resolutividade” o informante declara o comprometimento em atender às demandas apresentadas pelos usuários que procuram o serviço de urgência. Para isso, os profissionais devem adotar uma atitude de escuta e de interesse, a fim de criar vínculo com o paciente e compreender as suas necessidades.

É perceptível que a vivência do entrevistado está em sintonia com os princípios do SUS e suas respectivas políticas de qualificação do atendimento à urgência e emergência,<sup>2,14</sup> tendo em vista que a resolutividade é considerada como um dos critérios para a estruturação da atenção à saúde e se relaciona à responsabilização dos profissionais pela vida e bem estar dos cidadãos que são atendidos nos serviços de saúde.<sup>14</sup>

Há que se considerar que a permanência de pacientes em repetidas admissões nos serviços de urgência representa um importante indicador do impacto do atendimento oferecido aos usuários.<sup>15</sup> Neste sentido, um estudo realizado em uma unidade de emergência hospitalar de São Paulo-SP identificou que, entre os fatores relacionados à readmissão de pacientes, encontra-se a não resolução do problema de saúde na admissão anterior.<sup>15</sup> Assim, presume-se que os serviços que se empenham em atender efetivamente às necessidades dos usuários, como verificado no local deste estudo, tendem a obter resultados satisfatórios relacionados à diminuição da elevada demanda por atendimento, à redução dos custos hospitalares e, em última análise, à produção de mudanças positivas no estado de saúde dos usuários.

A incorporação da resolutividade nos saberes e práticas no serviço de urgência é um grande desafio para gestores e trabalhadores devido às características peculiares deste setor, exemplificadas pela alta rotatividade de usuários, diversidade e complexidade das necessidades dos pacientes atendidos e o processo produtivo fundamentado na agilidade e na rapidez. Mediante esse fato, acredita-se que os serviços/profissionais que ousam “ir além” e realizam atendimentos de forma integral e resolutiva, viabilizam a qualidade nas suas ações e por isso, devem ser tomados como modelos a serem seguidos.

O monitoramento dos resultados alcançados por um determinado trabalho/atividade se constitui em um dos objetivos do sistema de qualidade. Para

isso, é necessária a utilização de procedimentos estatísticos, os quais a partir de informações sistematizadas identificam se os padrões previamente estabelecidos estão sendo alcançados.<sup>12</sup>

No depoimento a seguir, evidencia-se o julgamento de um trabalhador quanto ao uso da estatística e de indicadores na perspectiva da qualidade no resultado do atendimento: *A gente analisa os dados, os números que são gerados no serviço. E nós estamos alcançando as metas. Mas não podemos pensar só nos números, pois cuidamos de pessoas. Se, por exemplo, conseguimos 97% de prescrições médicas checadas de forma completa, ficamos felizes com essa alta porcentagem, mas esses 3% que ficaram sem checar? Alguém está correndo um risco, que pode ocasionar uma situação que não tem mais volta. Talvez não tenhamos tempo para arrumar o mal que fizemos (E5).*

Conforme a fala apresentada, observa-se que o serviço investigado monitora a qualidade a partir do registro e análise dos dados obtidos no processo assistencial, o que seguramente permite que as decisões tomadas neste local sejam baseadas em fatos e dados concretos e não somente na intuição, o que aumenta a possibilidade de se obter resultados positivos.<sup>16</sup>

O entrevistado, entretanto, menciona a forma racional e lógica de analisar os dados estatísticos no serviço e evidencia sua preocupação com a pessoa/ser humano que está sendo atendida. Esta reflexão é pertinente e aponta às diversas nuances que existem no gerenciamento da qualidade, pois o principal produto da atuação na assistência à urgência é à saúde das pessoas e, assim sendo, não é suficiente atingir somente as metas numéricas. De fato, segundo a percepção do informante, ainda que as estatísticas apontem que o serviço obteve um desempenho favorável, o melhor resultado que se pode alcançar é atender satisfatoriamente à totalidade e não apenas a uma parcela significativa dos indivíduos que passam pelo serviço.

Na saúde e principalmente na área de urgência, diferente do contexto industrial no qual não conformidades são avaliadas para que os próximos processos gerem melhores produtos<sup>12</sup> é necessário prevenir e eliminar os efeitos indesejados da produção assistencial tendo em vista que, conforme a fala apresentada, pode não haver tempo hábil para corrigir o erro como no caso de uma seqüela ou até mesmo a morte do cliente. Entretanto, apesar de todo esforço, o erro é inerente à ação

humana e por isso, nunca deve ser ignorado, mas analisado e contextualizado para que aja em prol de melhorias no serviço.

No aprimoramento permanente do atendimento nos serviços de saúde, destaca-se a importância dos métodos avaliativos que tem o objetivo de analisar o desempenho organizacional a partir de padrões previamente estabelecidos.<sup>6</sup> O depoimento a seguir aborda a utilização da avaliação por meio da Acreditação Hospitalar no serviço investigado e aponta para os novos desafios institucionais relacionados à qualidade: *Já conseguimos muitos benefícios com o processo de acreditação brasileiro. Reestruturamos o serviço, realizamos diversas mudanças. Não é a toa que temos o maior nível de acreditação, mas agora queremos participar de um processo de certificação internacional. Com certeza não é só para ter mais um título (E6).*

Na sequência o informante enfatiza os aspectos favoráveis da nova certificação para o serviço urgência, o que justifica a busca pelo referido processo avaliativo: *Esta certificação internacional tem um foco maior no resultado da assistência e na maneira que o cuidado é prestado. [...] Apesar de ser um processo mais lento, acredito que é também mais democrático e participativo, pois envolve mais os profissionais. Queremos superar algumas questões no resultado do cuidado na urgência, situações que precisamos melhorar. [...] Se quisermos melhorar o nosso serviço, não podemos ficar parados, temos que correr atrás desta melhoria (E6).*

Na fala do informante é perceptível a ideia de que, apesar de a instituição ter conseguido mudanças positivas através da Acreditação Hospitalar, os trabalhadores almejam novos padrões de excelência e apontam que ainda há o que melhorar. Isto é um fato bastante louvável, pois sinaliza que o serviço e os profissionais mantêm constância nos seus propósitos de qualidade e para isso não temem ousar e correr riscos.

A motivação, em procurar outra certificação da qualidade, reflete o dinamismo presente nos processos de trabalho no local de estudo, observado nas falas e no modo como os entrevistados se apresentavam. Isso tudo certamente impulsiona os trabalhadores a identificar novas oportunidades e estratégias para continuamente aprimorar o atendimento e alcançar resultados sempre melhores.

Presume-se também, a partir dos relatos apresentados, que a instituição investigada, tal qual recomenda a abordagem da qualidade, reconhece a

necessidade da participação do trabalhador na estruturação do serviço, nos processos de produção e nos resultados, contribuindo decisivamente para que as metas focadas na excelência do atendimento sejam cumpridas.<sup>12</sup> O investimento nos recursos humanos é primordial para as instituições que se empenham no aprimoramento dos seus serviços, pois são as pessoas que através da realização de suas tarefas cotidianas direcionam seu trabalho para os objetivos desejados e “mudam efetivamente a história da organização em termos da qualidade”.<sup>12:152</sup>

Outro aspecto levantado pelo entrevistado se refere ao tempo despendido no processo de certificação. Essa expectativa deve ser minimizada porque a ansiedade dos profissionais, principalmente da alta administração, pela rápida solução de problemas crônicos pode inviabilizar a aplicação da qualidade no gerenciamento institucional.<sup>12</sup>

Os Programas de Qualidade e seus respectivos métodos avaliativos têm contribuído efetivamente para a evolução dos serviços de saúde, mas é necessário que antes e durante a viabilização deste processo seja feita uma análise profunda do cenário e da cultura organizacional para adequar o modelo que se pretende utilizar ao contexto local, o que exige indubitavelmente dedicação e tempo.<sup>1</sup>

### **A Satisfação Do Cliente Como Foco Das Práticas No Serviço De Urgência**

O conceito “satisfação do usuário” ganhou ênfase a partir dos estudos de Donabedian, que o incorporou como sendo um indicador que mensura uma dimensão significativa do resultado da assistência em saúde.<sup>17</sup>

Durante as entrevistas, o referido conceito emergiu como um aspecto relevante do resultado do atendimento à urgência. No primeiro momento, os trabalhadores ressaltaram a necessidade de considerar a opinião e a perspectiva do usuário na assistência a ser prestada, tendo em vista que essa condição ainda não é vivenciada no serviço: *Nós precisamos incorporar o paciente na assistência aqui na Urgência. Precisamos dar a oportunidade dele falar. [...] precisamos saber escutar o próprio paciente porque lidamos com vidas e não com máquinas. Só assim vamos melhorar e impactar positivamente na saúde dos pacientes (E8). O meu conceito de qualidade ainda não foi alcançado dentro dessa unidade. [...] nós prestamos uma assistência livre de danos, alcançamos a meta, mas em relação ao que o paciente*

*traz pra gente, não temos essa noção da qualidade. É um dos nossos objetivos: trabalhar junto com o paciente para que tenhamos bons e melhores resultados (E5).*

A partir dos relatos apresentados, pode-se inferir que os trabalhadores acreditam que o paciente é o centro do processo assistencial na unidade de urgência e por isso a sua opinião deve ser ouvida e respeitada. Nesta perspectiva, a qualidade dos resultados no serviço de urgência não será atingida somente pela análise e adequação da assistência às metas institucionais relacionadas às questões técnicas, como a realização de procedimentos. Os informantes apontam que para promover benefícios na saúde da população atendida, é necessário que o usuário participe ativamente da assistência e expresse o seu ponto de vista aos profissionais, que precisam estar abertos para acolher as solicitações e necessidades das pessoas que recebem os cuidados.

Dar voz e vez aos usuários implica em buscar melhores resultados e convergir as ações dos trabalhadores aos princípios de cidadania, aos direitos dos pacientes e à humanização, considerando os aspectos humano, individual e ético do atendimento.<sup>18</sup> Nessa perspectiva, destaca-se que a essência da qualidade, expressada por Donabedian constitui a dimensão ética da vida profissional, pois: “Com ela (a ética) todo esforço razoável de monitoramento da qualidade terá êxito. Sem ela, o mais engenhoso dos sistemas de monitoramento fracassará”.<sup>19:96</sup>

É notório ressaltar que a incorporação da avaliação da satisfação do usuário nos serviços de saúde possibilita construir indicadores de qualidade da assistência e conseqüentemente, analisar a adequação do cuidado à população atendida. Entretanto, as dificuldades metodológicas neste tipo de avaliação têm sido apontadas na literatura, relacionadas, por exemplo, ao momento adequado de abordar o usuário; ao tipo de pergunta e à escala utilizada e aos aspectos do serviço que devem ser avaliados.<sup>18</sup>

Outra fragilidade das pesquisas de satisfação se refere à complexidade e à subjetividade na avaliação das expectativas e exigências individuais de uma pessoa, relacionadas a um serviço ou a um atendimento. Nesse sentido, uma avaliação satisfatória pode ter sido feita por usuários com baixa capacidade crítica e da mesma forma, o contrário também é verdadeiro: uma avaliação negativa pode ser resultado de um alto nível de exigência dos pacientes.<sup>18</sup>

Ainda com relação à avaliação da satisfação dos usuários, Donabedian aborda três dimensões a serem consideradas: aspectos técnicos, interpessoal e

conforto/estética.<sup>11</sup> Considera-se que estas dimensões podem ser contempladas também nos métodos avaliativos que abordam a ótica do usuário nos serviços de urgência, de modo a superar as dificuldades metodológicas apontadas anteriormente.

Observou-se nos depoimentos dos informantes que apesar de a participação do usuário ser ainda incipiente, eles percebem que os clientes estão satisfeitos com o atendimento que lhe é oferecido: *Eu conheço pessoas que passam por outras emergências e não são bem atendidas. Aí eles acabam vindo aqui porque um conhecido diz: “Aquele serviço é muito bom, vai lá que você será bem atendido!” [...] e quando eles ficam aqui eles falam: “Meu amigo estava certo, este serviço é muito bom mesmo. Eu sinto que aqui eu sou acolhido!”* (E2). *Muita gente chega para mim e diz: “Esse hospital é ótimo, o atendimento na urgência e os funcionários são ótimos, porque a gente recebe atenção”*(E3).

As falas evidenciam também sentimentos de gratidão por parte dos usuários, que expressam elogios aos profissionais pelo atendimento prestado: *Muitos pacientes foram atendidos aqui e as famílias vêm agradecer os profissionais da urgência. Nós somos muito elogiados porque nos preocupamos com o bem estar dos pacientes. Os pacientes ficam satisfeitos com o atendimento e para agradecer mandam cartas, flores* (E9).

Conforme sugerem os depoimentos apresentados, os profissionais identificam a satisfação dos usuários através de relatos e de gestos de agradecimento feitos pelos pacientes. Esta avaliação positiva dos usuários mesmo sendo de natureza informal certamente contribui para que os trabalhadores se sintam motivados e comprometidos no alcance de resultados satisfatórios.

Os relatos dos entrevistados demonstram o estabelecimento de uma relação profissional – paciente fundamentada na empatia e no vínculo. Observa-se também uma aproximação ao conceito de aceitabilidade, que se constitui num dos pilares da qualidade e se refere à conformidade das práticas em saúde às expectativas e às aspirações dos pacientes e seus familiares.<sup>11</sup>

Convém destacar que é necessário considerar algumas diferenças na avaliação dos pacientes nos serviços públicos e privados. No setor público, o acesso é uma dimensão muito valorizada pelo usuário e o simples fato de conseguir o atendimento faz com que ele se sinta satisfeito mesmo que o serviço seja de baixa qualidade. Esta situação expressa o medo do indivíduo em não ter o direito de ser

atendido e comprova o baixo poder de exigência dos cidadãos que buscam o atendimento no SUS.<sup>20</sup>

Complementando o exposto, as pesquisas de satisfação nos serviços de natureza pública, incluindo as unidades de urgência, não devem ser consideradas apenas uma formalidade/obrigação institucional. Ao contrário, elas devem ser estruturadas e orientadas para a efetiva inclusão dos usuários no atendimento oferecido, de modo que fortaleça a execução do controle social através da participação da população nos processos de controle, monitoramento e (re)planejamento da assistência à saúde.<sup>20</sup>

Cabe ressaltar que a concepção do usuário quanto às expectativas e finalidades dos serviços de urgência/emergência normalmente é diferente dos profissionais. Os primeiros, considerados não-especialistas, acreditam que o atendimento nesse local precisa ser acolhedor em todas as situações que os levam a procurar o serviço, oferecendo soluções rápidas para problemas que trazem aflição, angústia e abandono.<sup>21</sup>

Já os profissionais de saúde abordam o conceito de urgência/emergência a partir de parâmetros biomédicos e de organização hierárquica do sistema de saúde, e consideram que a busca excessiva por atendimento à urgência é reflexo da utilização inadequada dos serviços pelos usuários, o que ocasiona superlotação e sobrecarga de trabalho.<sup>22</sup>

Acredita-se, desta forma, que os instrumentos e métodos avaliativos referentes à satisfação dos usuários não devem considerar somente as concepções quanto ao serviço de urgência na visão dos profissionais de saúde, mas precisam contemplar também as questões consideradas pertinentes para um atendimento de qualidade na perspectiva dos usuários. Este equilíbrio e complementaridade das diferentes percepções dos envolvidos na assistência à urgência – usuários e trabalhadores - durante a avaliação, certamente possibilitará uma análise mais abrangente do serviço prestado e propiciará o aperfeiçoamento no resultado das práticas e da gestão na área de urgência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo explorou o resultado do atendimento e sua relação com a Gestão da Qualidade na perspectiva de trabalhadores de um serviço de urgência

público. Da análise dos depoimentos dos informantes, emergiu a categoria intitulada “Explorando o resultado do atendimento e a sua relação com a Gestão da Qualidade” e as subcategorias “A busca de resultados positivos no cotidiano do Serviço de Urgência” e a “A satisfação do cliente como foco das práticas no Serviço de Urgência”.

Na primeira subcategoria, os trabalhadores mencionaram que o alcance de resultados favoráveis está diretamente relacionado à avaliação e ao controle de todas as etapas do processo de atendimento, permitindo assim prevenir situações adversas que resultem em prejuízos à vida e à saúde dos usuários.

Os saberes e práticas no serviço investigado também se aproximaram do conceito de resolutividade tendo em vista o empenho e preocupação dos trabalhadores com a resolução dos problemas dos usuários que procuram a unidade. Além disso, foi perceptível que os informantes acreditam que a utilização de métodos estatísticos contribui para a implementação de melhorias. Apesar disso, para eles, não basta atingir as metas quando se trabalha com a qualidade em saúde, mas é preciso também eliminar a possibilidade de erros e prestar um atendimento seguro e resolutivo a todas as pessoas que procuram o serviço.

Outro aspecto que emanou dos depoimentos, refere-se à necessidade de aprimorar o resultado da assistência, o que impulsionou o serviço à busca de um novo patamar na certificação de qualidade, considerando que esta metodologia avaliativa, de reconhecimento internacional, traz respostas mais efetivas quanto aos impactos produzidos na assistência à saúde e possibilita maior participação dos trabalhadores. Este fato demonstra que a instituição e seus profissionais mantêm constância nos propósitos de qualidade e não temem ousar e buscar estratégias que melhorem a qualidade do atendimento.

Na segunda subcategoria, os trabalhadores apontaram como fragilidade no gerenciamento da qualidade, a participação incipiente dos usuários no processo de atendimento que poderia ser melhorada através de avaliações sistematizadas. Apesar disso, referiram que através da ocorrência frequente de manifestações de gratidão e de elogios por parte dos clientes, é possível perceber que estes estão satisfeitos com o atendimento recebido e isso, sem dúvida, contribui para a motivação dos trabalhadores a fim de manter ou melhorar a qualidade no resultado do atendimento.

Na perspectiva da tríade donabediana, as relações estabelecidas entre as três dimensões – Estrutura, Processo e Resultado – são indissociáveis na medida em que a identificação de resultados desfavoráveis possivelmente indica fragilidades na estrutura e no processo de atendimento. Entretanto, acredita-se que a avaliação do resultado revela efetivamente a qualidade de um serviço, pois de que adianta uma unidade de urgência ter uma estrutura e um processo adequado, se ela não produz impactos positivos na população? Certamente, um serviço que apresenta frequentemente desfechos negativos não obterá a confiança dos usuários, provocará frustração nos trabalhadores e dificilmente conseguirá manter práticas focadas na qualidade.

Em suma, os resultados revelam que os trabalhadores entrevistados se preocupam com os impactos do atendimento de urgência e buscam estratégias fundamentadas na qualidade para melhorá-los. Neste sentido, tomando como exemplo o local deste estudo, é essencial desenvolver e estimular uma cultura organizacional que direcione os profissionais de saúde, principalmente nos serviços de urgência, a refletirem sobre os efeitos das suas práticas cotidianas no produto final do processo produtivo, que neste caso é a vida e a saúde das pessoas.

## REFERÊNCIAS

1. Junior GDG, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Cienc. saude colet.* 2002; 7(2):325-334.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Qualisus: Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Lovalho AF. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. *O Mundo da Saúde* 2004; 28 (2):160-71.
4. O'Dwyer GO, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Cienc. saude colet.* 2008;13(5):1637-1648.
5. Gusmão-filho FAR, Carvalho EF, Júnior JLACA. Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência - Qualisus. *Cienc. saude colet.* 2010; 15(Supl. 1):1227-1238.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Rev. saude publica* 2004; 38 (2): 335-6.
7. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *J. Am. Med. Assoc.* 1988; 260(12):1743-1748.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Termo de Referência da Qualidade Hospitalar.* 2007 Maio [acessado 2010 Jan 16]. Available from: <http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=19959>
9. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70;2008.224p.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética e pesquisa. *Resolução Nº 196/96: diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde;1996.
11. Donabedian A. The definition of quality and approach to its assessment. In: Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. v.1. Ann Harbor: Health Administration Press;1980. p. 56-78.
12. Paladini EP. *Gestão da qualidade: teoria e prática*. 2ª ed. São Paulo: Atlas;2010. 339p.
13. Sprivilis PC, Silva JA, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* 2006; 184(5): 208-12.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação médica das urgências*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Valera RB, Turrini, RNT. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. *Cienc. enferm* 2008; 14 (2): 87-95.
16. Donabedian A, Wheeler HRC, Wyszewianski L. Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. *Med. care* 1982; 20(10): 1975-92.
17. Donabedian A. *La calidad de la atención médica:definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Mexicana;1984.
18. Vaistman J, Andrade GRB. Satisfação e expansividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cienc. saude colet*. 2005; 10(3):599-613.
19. Donabedian A. Prioridades para el progreso em la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. *Salud pública* 1993; 35(1): 94-97.
20. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Cienc. saude colet*. 2005; 1º(Sup):303-312.
21. Giglio J A. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
22. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Giglio J A. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. *Rev. latino-am. Enfermagem* 2009; 17(4): 535-40.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interface entre a qualidade no contexto da saúde e a assistência à urgência e emergência constituiu o objeto deste estudo, que procurou desvelar as percepções e os significados que permeiam os saberes e as práticas dos trabalhadores que integram a equipe multiprofissional em um serviço de urgência público.

Os resultados, a apresentação e a discussão deste estudo se fundamentaram em três categorias relacionadas às dimensões do modelo donabediano de avaliação da qualidade - Estrutura, Processo e Resultado.

Na dimensão “Estrutura”, a vivência e a percepção dos entrevistados possibilitaram a análise dos recursos físicos, materiais, humanos, financeiros, dos instrumentos normativos e do sistema de informação, relacionando-os com a qualidade do serviço investigado.

Os entrevistados avaliaram positivamente a “Estrutura” do serviço em que atuam, com destaque para a disponibilidade dos recursos materiais em quantidade e qualidade satisfatórias; reformas e adequações realizadas na estrutura física; qualificação e capacitação profissional; repasse dos recursos financeiros a partir de metas institucionais; direcionamento do atendimento por meio de protocolos estabelecidos com os serviços intra e extra-hospitalares e o monitoramento das informações através de indicadores de qualidade.

Dentre as fragilidades da “Estrutura” do setor de urgência, os trabalhadores mencionaram a alta temperatura do ambiente, que proporciona desconforto e que, de certo modo, compromete a qualidade assistencial; e o *déficit* no quadro de recursos humanos.

Quanto ao “Processo” do atendimento, a partir da vivência dos trabalhadores, foram identificadas duas dimensões: técnica e relacional. Na dimensão técnica, constatou-se que os entrevistados acreditam na importância da integração entre a unidade de urgência e os serviços intra e extra-hospitalares, assim como na necessidade da qualidade estar presente em todos os níveis de atenção à saúde. Observou-se também que na gestão da unidade investigada, os eventos não desejados são administrados com foco no processo de trabalho e não na punição de pessoas.

Ainda na primeira dimensão, outro aspecto que emanou dos depoimentos refere-se à expectativa e ao direcionamento das lideranças em relação à qualidade do serviço, que influenciou o desenvolvimento de uma Cultura de Qualidade no hospital. Quanto ao fluxo de atendimento, destacou-se a agilidade, a prontidão e a segurança nas práticas cotidianas dos trabalhadores, que foram associadas à qualidade, promovida pelo sistema de Acolhimento com Classificação de Risco e ao atendimento de casos referenciados.

Em relação à dimensão relacional, observou-se que o encontro entre os profissionais e os usuários é permeado pela humanização, tendo em vista que os trabalhadores consideram o paciente como o centro do processo de trabalho e buscam em suas práticas, respeitar as necessidades e as preferências das pessoas que estão sob seus cuidados. Foi perceptível também a relação favorável que ocorre entre os profissionais através da comunicação aberta, do respeito e do trabalho em equipe, mas também houve relatos de descontentamento e até de pessimismo.

A dimensão “Resultado” abordou duas subcategorias: a busca de resultados positivos pelos trabalhadores e a satisfação do cliente como eixo norteador das práticas no serviço.

Na primeira subcategoria, os trabalhadores mencionaram que o alcance de resultados favoráveis está diretamente relacionado à avaliação e ao controle de todas as etapas do processo de atendimento, permitindo assim prevenir situações adversas que resultem em prejuízos à vida e à saúde dos usuários.

Os saberes e as práticas no serviço investigado também se aproximaram do conceito de resolutividade, tendo em vista o empenho e a preocupação dos trabalhadores com a resolução dos problemas dos usuários que procuram a unidade. Além disso, foi perceptível o fato de que os informantes acreditam que a utilização de métodos estatísticos contribui para a implementação de melhorias. Apesar disso, para eles, não basta atingir as metas quando se trabalha com a qualidade em saúde, mas é preciso também eliminar a possibilidade de erros e prestar um atendimento seguro e resolutivo a todas as pessoas que procuram o serviço.

Outro aspecto que emanou dos depoimentos se refere à necessidade de se aprimorar o resultado da assistência/atendimento, o que impulsionou o serviço à busca de um novo patamar na certificação de qualidade, demonstrando que os

profissionais mantêm constância nos propósitos de qualidade e não temem ousar e buscar estratégias que melhorem o serviço.

Na segunda subcategoria, os trabalhadores apontaram como fragilidade no gerenciamento da qualidade, a participação incipiente dos usuários no processo de atendimento que poderia ser melhorada através de avaliações sistematizadas. Apesar disso, referiram que através da ocorrência frequente de manifestações de gratidão e de elogios por parte dos clientes, deduz-se que estes estão satisfeitos com o atendimento recebido e isso, sem dúvida, estimula os trabalhadores a fim de manter ou melhorar a qualidade assistencial.

Em suma, os resultados deste estudo, de forma geral, revelam que segundo a percepção dos trabalhadores, a Estrutura, o Processo e o Resultado do atendimento no serviço investigado estão em sintonia com os preceitos da Gestão da Qualidade. É importante destacar, que o gerenciamento focado na qualidade preza pela satisfação de padrões de excelência e pelo atendimento das expectativas dos clientes internos e externos, o que exige ousadia para que sejam implementadas mudanças institucionais que se iniciam com frequência nos aspectos estruturais dos serviços. Isto se deve ao fato de que a dimensão “Estrutura”, quando comparada ao “Processo” e ao “Resultado”, traz efeitos mais imediatos e visíveis, proporcionando um clima de motivação na organização e favorecendo a continuidade na promoção de melhorias nas demais dimensões.

Ressalta-se também que as interfaces do “Processo” de atendimento constituem a centralidade da abordagem da qualidade; sendo assim, atuar e avaliar essa dimensão exige empenho e tempo considerável por parte dos líderes e liderados. Esta constatação deve ser assimilada por todos os envolvidos na prestação dos serviços para que não haja acomodação e desânimo na equipe, que precisa constantemente direcionar suas ações para um padrão de excelência.

A avaliação do “Resultado”, por outro lado, revela efetivamente a qualidade de um serviço, pois de que adianta uma unidade de urgência ter uma estrutura e um processo adequado, se ela não produz impactos positivos na população? Certamente, um serviço que apresenta frequentemente desfechos negativos não obterá a confiança dos usuários, provocará frustração nos trabalhadores e dificilmente conseguirá manter práticas focadas na qualidade.

Tomando como exemplo o local deste estudo, é essencial desenvolver e estimular uma cultura organizacional que direcione os profissionais de saúde,

principalmente nos serviços de urgência, a refletirem sobre os efeitos das suas práticas cotidianas no produto final do processo produtivo, que neste caso é a vida e a saúde das pessoas.

O instigante e grande desafio em incorporar a qualidade no contexto da assistência à urgência e emergência, sobretudo no SUS, foi à mola propulsora para a realização deste estudo, o qual comprovou que é possível inserir e atuar com base na filosofia da qualidade no setor público, essencialmente no precário e frágil contexto das unidades de urgência.

Em nenhum momento, houve o intuito por parte da pesquisadora em oferecer respostas prontas e soluções mágicas para dificuldades, muitas vezes, antigas e crônicas. A intenção foi estimular a reflexão quanto à existência de possibilidades de melhorias nas práticas e na gestão da área de urgência. E a partir destas possibilidades, adotar novas estratégias, ousar e ir além do esperado, transformando gradativamente as portas hospitalares de urgência.

O delineamento deste estudo, que procurou ouvir e apreender a percepção dos trabalhadores, partiu da convicção de que qualquer proposta de gerenciamento, principalmente direcionada à qualidade, só será efetivada se os trabalhadores acreditarem nos seus objetivos e os colocarem em prática. Neste sentido, presume-se que os maiores investimentos para a qualificação do atendimento à urgência devem ser direcionados aos recursos que efetivamente fazem com que o serviço aconteça: os profissionais.

Conclui-se que os trabalhadores deste estudo buscam a qualidade na Estrutura, no Processo e no Resultado do atendimento e acreditam que não basta fazer, mas é preciso fazer com qualidade e excelência. Esta vivência dos entrevistados certamente é influenciada pela adoção de um programa de qualidade na instituição, que favorece o desenvolvimento de uma cultura organizacional voltada para a excelência do atendimento e traz benefícios nos aspectos gerenciais e assistenciais para as organizações hospitalares que desenvolvem efetivamente a Gestão da Qualidade.

Quanto às perspectivas futuras, faz-se pertinente a realização de novos estudos que tenham o intuito de avaliar o atendimento à urgência e emergência na perspectiva dos usuários, que constituem a centralidade do processo produtivo em saúde e a razão da existência dos serviços.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; PENNA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 323-31, 2005.
- ALVES, M.; MELLO, R. A. Trabalho em equipe entre profissionais da enfermagem em um centro de terapia intensiva. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 299-308, 2006.
- ANDRADE, L. M. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, v. 11, n. 1, p. 151-7, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2009.
- ARAÚJO, M. A. P. et al. Qualidade na atenção hospitalar: análise da percepção dos trabalhadores de saúde de um hospital do norte cearense. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 39, p. 73-78, 2008.
- BALSANELLI, A. P.; JERICÓ, M. C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 397-402, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BATEMAN, T. S.; SNELL, A. S. **Administração**: construindo vantagens competitivas. São Paulo: Atlas, 1998.
- BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-9, 2006.
- BERTELLI, S. B. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitmark, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. 2. ed. Brasília, 1985.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96-CNS-MS, de 16 de outubro de 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. **Determina o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg\\_2048.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_2048.htm)>. Acesso em 12 fev. 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1863, de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/roteiro%20para%20reflex%E3o.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 355-6, abr. 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. (Série B. Textos básicos de saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Qualisus**: Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 2004d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3125, de 07 de dezembro de 2006. **Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde: Programa QualiSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Termo de referência da qualidade hospitalar**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=19959>>. Acesso em: 9 fev. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMACHO, J. L. T. **Qualidade total para os serviços de saúde**. São Paulo: Nobel, 1998.

CECÍLIO, L. C. O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Consulta nº. 55.820/98**: procedimentos mínimos relativos ao atendimento em Pronto Socorro. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmsp/pareceres/1998/55820\\_1998.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmsp/pareceres/1998/55820_1998.htm)>. Acesso em: 03 jun. 2009.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. **Gestão de recursos financeiros**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_cidadania\\_volume10.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume10.pdf)>. Acesso em mar. de 2009. (Série Saúde & Cidadania).

CROSBY, P. B. **Qualidade é investimento: a arte de garantir a qualidade**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

CUNHA, A. K. M. **Conhecimento organizacional e o processo estratégico dos hospitais**. 2002. 168 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, São Leopoldo, 2002.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Saraiva, 1990.

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

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**. Cambridge, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.

\_\_\_\_\_. The definition of quality and approach to its assessment. Ann Harbor: **Health Administration Press**, v.1, 1980a.

\_\_\_\_\_. The definition of quality and approach to its assessment. In: \_\_\_\_\_. Explorations in quality assessment and monitoring. v. 1. Ann Harbor: **Health Administration Press**, p. 56-78, 1980b.

\_\_\_\_\_. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. México: La Prensa Mexicana, 1984.

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

\_\_\_\_\_. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**. v. 114, p. 1115-1118, 1990.

\_\_\_\_\_. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, v. 18. p. 356-360, nov. 1992.

\_\_\_\_\_. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. **Salud pública**, n. 35, v. 1, p. 94-97, 1993.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10(Supl.): p. 303-312, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008.

GARLET E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-72, 2009a.

\_\_\_\_\_. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 535-40, 2009.

GATTI, M. F. Z.; LEÃO, E. R. O papel diferenciado do enfermeiro no serviço de emergência: a identificação de prioridades de atendimento. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 7, n. 73, p. 24-29, 2004.

GELBCKE, F. et al. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 515-20, 2006.

GIGLIO, J. A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, A. L. **Emergência: planejamento e organização da unidade**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1994.

GURGEL JUNIOR, D. G; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

GUSMÃO FILHO, F. A. R. **Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde**: política qualisus: em três hospitais no município do Recife. 2008. 183 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

GUSMÃO FILHO, F. A. R.; CARVALHO E. F.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. C. Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Qualisus). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15(supl. 1). p. 1227-1238, 2010.

HEARD, S. R.; SHILLER, G.; AITKEN, M.; FERGIE, C.; HALL, L.M. Continuous quality improvement: educating towards a culture of clinical governance. **Quality in Health Care**, Cambridge, v. 10, (supl.) 2, p. 70-8, 2001.

HOSPITAL ESTADUAL SUMARÉ. **O hospital: nossa missão**, 2010. Disponível em: <<http://www.hes.unicamp.br/hospital/hospital.php>>. Acesso em: 13 jul. 2009.

JURAN, J. M. **Juran planejando para a qualidade**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

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

KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LAGIOIA, U. C. T et al. A gestão por processos gera melhoria de qualidade e redução de custos: o caso da unidade de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. **Revista de Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 77-90, 2008.

LONGO, R. M. J. et al. **A busca da excelência nos serviços públicos**: o caso de Rondonópolis. Brasília: IPEA, 1996.

LOVALHO, A. F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n. 28, n. 2, p. 160-71, 2004.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

MALIK, A. M. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D'INNOGENZO, M. (Coord.). **Indicadores, auditorias, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006. cap. 1, p. 21 -35.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2007.

MATSUDA, L. M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem na UTI adulto**: perspectivas de gestão para a qualidade da assistência. 2002. 244 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MATSUDA, L. M. et al. Instrumentos administrativos: percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 117-23, 2010.

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

MESQUISTA, S. R. A. M et al. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 555-61, 2005.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: Loyola, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTERIO, M. R. M. B. A importância da gestão de pessoas para as instituições de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 42, p. 43-48, 2009.

NOGUEIRA, P. N. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: QFCO, 1996.

NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. **Padrões e indicadores de qualidade para hospitais**. Washington: OPAS, 1994.

O'DWYER, G. O.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008.

O'DWYER, G.O.; OLIVEIRA S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009.

OLIVEIRA, M. L. F.; SCOCHI, M. J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá – PR. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 1, n. 1, p. 123-128, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Avaliação dos Programas de Saúde**: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional de saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1981.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual Brasileiro de Acreditação**: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PAI, D. D.; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 439-44, 2008.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade**: teoria e prática. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ROCHA, E. S. B. **Gerenciamento da qualidade em um serviço hospitalar**: enfoque sobre a visão do enfermeiro. 2007. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

ROSEMBERG, F. J.; SILVA, A. B. M. **Sistemas da qualidade em laboratórios de ensaios**: guia prático para a interpretação e implementação da ABNT ISSO/IEC Guia 25. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

ROTSTEIN, Z. et al. Management by constraints: considering patient volume when adding medical staff to the emergency department. **International Medicine Australian Journal**, v. 4, p. 171-174, 2002.

SABBADINI, F. S.; GONÇALVES, A. A. A unidade de emergência no contexto do ambiente hospitalar. **Revista Eletrônica de Administração Hospitalar**. São Paulo, v. 1, p. 1-10, 2005.

SIQUEIRA, J. Gestão da qualidade na saúde. IN: ENCONTRO DE GESTÃO SISTÊMICA, 11, 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <[http://www.ibqn.com.br/htm\\_artigos\\_links/Jairo\\_Siqueira\\_Artigo\\_Gestao\\_da\\_Qualidade.pdf](http://www.ibqn.com.br/htm_artigos_links/Jairo_Siqueira_Artigo_Gestao_da_Qualidade.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2009.

SPRIVULIS, P. C. et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. **The Medical Journal of Australia**, v.184, n. 5, p. 208-12, 2006.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP, 2001.

VAISTMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. . **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VALERA, R. B.; TURRINI, R. N. T. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. **Ciencia y enfermería**, Concepción, v. 14, n. 2, p. 87-95, 2008.

VIANA; L. M. V.; BRUZSTYN; I; SANTOS, M. Ambientes de saúde: o estado da arte da arquitetura hospitalar frente aos desafios contemporâneos. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-20, 2008.

WHEELER, H. R. C.; WYSZEWIANSKI, L. Quality, cost, and health: an integrative model. **Medical Care**, v. 20, n. 10, p. 975-92, 1982.

XAVIER, A. C. R. et al. **Implantando a Gestão da Qualidade em Hospitais: a experiência da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre-RS**. Brasília: IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1997.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista Individual

### Dados Pessoais:

- Iniciais do nome:
- Idade:
- Sexo:
- Estado civil:
- Escolaridade:
- Profissão:
- Quanto tempo trabalha no hospital:
- Quanto tempo trabalha na função atual:

### Frase norteadora:

*“Fale sobre a sua percepção em relação à qualidade do atendimento no Serviço de Urgência”.*

### Questões auxiliares:

- 1) Como você vivencia a qualidade no Serviço de Urgência?
- 2) Como você avalia a qualidade da Estrutura no Serviço de Urgência?
- 3) Como você percebe a qualidade do Processo de atendimento no Serviço de Urgência?
- 4) Qual a sua opinião ou experiência sobre a qualidade do Resultado do atendimento no Serviço de Urgência?

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Vivência de trabalhadores de um serviço de urgência público no sistema de gestão pela qualidade”, que faz parte do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - PR (UEM) e é orientada pela professora Laura Misue Matsuda (UEM-PR).

O objetivo da pesquisa é compreender a vivência de trabalhadores de um serviço de urgência público no sistema de Gestão pela Qualidade. Para isto a sua participação é muito importante e ela se dará por meio de entrevista individual, em local privativo, onde você responderá a alguns questionamentos relacionados à sua vivência em relação ao sistema de Gestão da Qualidade, no serviço de Urgência Referenciada.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, analisadas pela pesquisadora. O material gravado será destruído e descartado em um intervalo máximo de 12 meses após o término das entrevistas. Os benefícios esperados são a produção de dados capazes de contribuir para a melhoria dos serviços de urgência e emergência.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM-PR, cujo endereço consta no final deste documento. Este Termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Eu,.....(nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Professora Laura Misue Matsuda.

Data: / / 2010

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,.....(nome do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Data: / / 2010

Assinatura do pesquisador

Nome: **Larissa Gutierrez da Silva**

E-mail: [larissagutierrez@yahoo.com.br](mailto:larissagutierrez@yahoo.com.br)

Telefone: (43) 8402-3737

Nome: **Laura Misue Matsuda**

E-mail: [lmisue@terra.com.br](mailto:lmisue@terra.com.br)

Telefone: (44) 9982-9844

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:  
 Universidade Estadual de Maringá.  
 Avenida Colombo, 5790 - CEP 87020-900.  
 Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.  
 Maringá-Pr. Telefone: (44) 3261-4444  
 E-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

## **ANEXOS**

**ANEXO A - Autorização do Hospital**

**Ofício: 283/2009**

**Ao  
Comitê de Ética em Pesquisa**

Pelo presente instrumento declaramos para os devidos fins que foi devidamente aprovado pela Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital Estadual Sumaré a solicitação para o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **"VIVÊNCIA DE TRABALHADORES DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE URGÊNCIA NO SISTEMA DE GESTÃO PELA QUALIDADE"**, de Larissa Gutierrez da Silva, sendo realizado no período de fevereiro/2010 a março/2010.

Na oportunidade, renovamos nossos laços de elevada estima e consideração.

Sumaré, 07 de dezembro de 2009.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'June Barreiros Freire', is written over the typed name.

**Dra. June Barreiros Freire.**  
Coord. Centro de Ensino e Pesquisa  
Hospital Estadual Sumaré.

*Dra. June Barreiros Freire*  
Coordenadora Centro de  
Ensino e Pesquisa

**ANEXO B - Parecer do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP)**

**Universidade Estadual de Maringá**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

CAAE Nº. 0006.0.093.000-10

PARECER Nº.013/2010

<b>Pesquisador(a) Responsável:</b> LAURA MISUE MATSUDA	
<b>Centro/Departamento:</b> CCS/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM	
<b>Título do projeto:</b> VIVÊNCIA DE TRABALHADORES EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE URGÊNCIA NO SISTEMA DE GESTÃO PELA QUALIDADE	
<p><b>Análise do Protocolo de Pesquisa:</b></p> <p>A pesquisa pretende apreender a vivência de trabalhadores do serviço de urgência pública em relação ao Sistema de Gestão pela Qualidade. Para tanto, a pesquisadora pretende entrevistar vinte sujeitos de pesquisa profissionais da área de saúde que atuam no setor de urgência. As entrevistas terão como eixo central a vivência do profissional em relação ao Sistema de Gestão pela Qualidade no Serviço de Urgência Referenciada.</p> <p>A pesquisadora contará, também, com um Diário de Campo onde anotarás as percepções e reações dos trabalhadores durante as entrevistas.</p> <p>O estudo realizar-se-á no Hospital Estadual Sumaré (HES) Dr. Leandro Franceschini, localizado no Município de Sumaré, Estado de São Paulo, contando com autorização da Coordenação do Centro de Ensino e Pesquisa do estabelecimento de saúde.</p> <p>O Cronograma de Atividades prevê a coleta de dados a partir de março de 2010. Solicitamos, contudo, que as entrevistas só sejam realizadas após a aprovação do projeto por este Comitê.</p> <p>Os Custos que envolvem a realização da pesquisa, na ordem de R\$ 2.630,00 serão arcados pelo CNPq – Edital Universal 14/2008.</p> <p>Apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com a Resolução 196/1996-CNS.</p> <p><b>Considerações:</b></p> <p>Considerando que o protocolo de pesquisa atende as exigências da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde;</p> <p><b>PARECER:</b> O COPEP – Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à realização da pesquisa.</p>	
<b>Situação:</b> APROVADO	
<b>CONEP:</b> ( X ) para registro ( ) para análise e parecer <b>Data:</b> 26/2/2010.	
<b>O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em:</b> 1º/3/2011.	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 189ª reunião do COPEP em 26/2/2010.</p>	 Prof. Dr. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.  
 Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR  
 Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: copep@uem.br