



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SANDRA ELY BARBOSA DE SOUZA

AVALIAÇÃO DO QUALISUS NA BAHIA

**SALVADOR
2010**

SANDRA ELY BARBOSA DE SOUZA

AVALIAÇÃO DO QUALISUS NA BAHIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de conhecimento Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vera Lucia Peixoto Santos Mendes

**SALVADOR
2010**

S729 Souza, Sandra Ely Barbosa de.
Avaliação do Qualisus na Bahia / Sandra Ely Barbosa de Souza. –
Salvador, 2009.
175f.; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Vera Lucia Peixoto Santos Mendes
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia.

1. Enfermagem. 2. Enfermeira. 3. Humanização. 4. Sistema Único de
Saúde (Brasil). 5. Avaliação. I. Programa Qualisus (Bahia). II. Universidade
Federal da Bahia. III. Mendes, Vera Lúcia Peixoto Santos. IV. Título.

Bibliotecária Silvia Vieira do Sacramento
CDU 616-083

SANDRA ELY BARBOSA DE SOUZA

AVALIAÇÃO DO QUALISUS NA BAHIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração Organização e Avaliação do Serviço de Saúde.

Aprovada em 25 de fevereiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Doutora em Administração Pública, professora da Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia.

Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza

Doutor em Saúde Pública, professor do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Enede Andrade Cruz

Doutora em Enfermagem, professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

Gesilda Meira Lessa.

Doutora em Enfermagem, professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Escola

À minha mãe por tudo que sempre significou
na minha vida.

À minhas filhas Juliana e Tatiana por encherem
minha vida de alegria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em um primeiro momento a Deus por me manter perseverante na direção dos meus objetivos.

À minha mãe Joana Barbosa de Souza (in memorian) pelo amor, incentivo, dedicação e por tudo que sempre representou na minha vida.

À minhas filhas Juliana e Tatiana, “minhas vidas”, por me impulsionarem na busca desse título, pela compreensão nas “ausências” e pelo imensurável amor que a mim dedicam.

Ao meu pai Urbano (in memorian) por acreditar na minha capacidade de crescimento.

Aos meus irmãos Lula, Manolo (in memorian) e Urbaninho; minhas irmãs e irmãos de coração Carlinhos, Dete, Edite, João, José, Helena e Ica; minhas cunhadas Isabela, Mônica, e Patrícia; meus sobrinhos e sobrinhas, afilhados e afilhadas, que souberam entender as minhas ausências nas comemorações em família, mas que, de forma irrestrita, sempre me incentivaram a nível pessoal e profissional na busca da realização dos meus sonhos.

Às minhas queridas amigas Rita Oliveira e Maridete Simões, pelo incentivo continuado.

Aos meus chefes e colegas de trabalho, em especial a Doutora Mara Clécia Souza e Doutor Hugo Ribeiro, por colaborarem para a continuidade desse aprendizado na qualificação como Mestra em Enfermagem.

Às professoras e professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia que agregaram enorme valor à minha trajetória, em especial a minha orientadora Vera Mendes pela preciosa colaboração e dedicação nessa árdua caminhada.

Aos meus queridos colegas da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente pelo coleguismo durante esse período de pesquisa e aos meus alunos, graduandos em enfermagem, grandes incentivadores desse processo de aprendizagem.

Ao Prof. Cauby, especial conselheiro e cúmplice no percurso dessa jornada de pesquisa, pelo seu companheirismo onde não me faltou, nos momentos mais difíceis dessa caminhada, ouvir os seus elogios e incentivos, pela sua forma singular de me mostrar, abalizar e elevar a minha autoestima, sendo fundamental no afloramento da minha capacidade de vencer os obstáculos dessa jornada, que acreditou e creditou-me perspectivas a dar continuidade a essa trajetória rumo ao doutoramento em enfermagem.

Aos respondentes da pesquisa pela imprescindível contribuição e sem a qual não teria se concretizado este estudo, em especial aos colaboradores que “militam” no QualiSUS.

Às minhas amigas e amigos que sempre torceram por mim e pelas minhas conquistas e a todos que colaboraram direta ou indiretamente para a conclusão da pesquisa.

A “Madonna” por estar presente nessa minha maratona de estudos, seja fazendo-me companhia durante o dia, à noite e ou de madrugada, seja observando-me calada nos momentos de certezas, seja atenta aos períodos de incertezas, seja nas crises de devaneios, seja buscando insight que viessem lá dos deuses, residentes no Templo de Olimpo, seja quando não se tinha a certeza de quando se daria a redação e impressão definitiva dos resultados e conclusão da pesquisa. Certa de que sempre foi possível contar com a sua tímida e silenciosa companhia mesmo quando de olhos fechados, confortavelmente, deitada em seu pano de dormir, foi possível contar com o seu companheirismo, quando deitada em cima do meu pé, embaixo da mesa de estudo.

“O cuidado multidisciplinar em saúde realiza-se em um campo tenso onde, para além da especialização de cada profissional de saúde envolvido, defrontamo-nos com o saber especializado do outro, com um saber que eu não sei. Poderia ser diferente? Como?”

Autora: Loyola, Cristina Douat. 2008, p.1006.

SOUZA, S.E.B. **Avaliação do QualiSUS na Bahia**. 2010. 175f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

RESUMO

A presente dissertação tem como objeto de estudo a avaliação do Programa QualiSUS no Estado da Bahia, conforme seus pilares referenciados na Portaria 3.125 de 07 de dezembro de 2006, que institui o Programa. Está fundamentada na trilogia de Donabedian: Estrutura, Processo e Resultado. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, de caráter normativo e analítico, no qual partimos do pressuposto que a implantação do programa QualiSUS nas unidades de urgência / emergência dos hospitais pactuados e não pactuados entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia não está conforme preconizado na Portaria Ministerial que instituiu o programa. Descreve sobre o Sistema Único de Saúde, o Programa QualiSUS, o sistema de avaliação do QualiSUS e sobre o papel da enfermeira no Acolhimento com Classificação de Risco. A pesquisa foi realizada em duas unidades de urgências e emergências dos hospitais pactuados e não pactuados entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Seu objetivo geral foi avaliar a prática do QualiSUS, conforme a portaria que institui o programa e como objetivos específicos descrever o contexto no qual vem se dando sua implantação nas unidades urgências / emergências nos hospitais pactuados ou não entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; identificar as bases de sustentação do Programa QualiSUS, para a sua Implantação nos hospitais pactuados ou não; caracterizar o papel da enfermeira no acolhimento com classificação de risco e identificar os fatores que influenciaram na implantação do programa QualiSUS nesses hospitais. A conclusão da pesquisa mostrou que, dos hospitais pactuados, apenas um deles tem o programa implantado, porém não conforme a portaria que institui o programa, revelando baixa adesão, desses hospitais, ao Programa e por outro lado outro hospital não pactuado tem implantado as ferramentas de acolhimento e de acolhimento com classificação de risco, mesmo sem pactuação, demonstrando que a pactuação não é condição para implantação do programa. Também foi concluído que a enfermeira tem papel singular no Acolhimento com classificação de risco, entretanto para que essa ferramenta seja implantada com qualidade torna-se imperativo a elaboração de protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco e assistenciais. Uma das maiores dificuldades para a implantação do programa nas unidades pactuadas foi o quantitativo insuficiente de pessoal. Também se torna evidente na pesquisa que, mesmo sendo um programa verticalizado, que não dá conta de resolver os problemas de saúde da população brasileira, tem impacto importante nas unidades de urgência / emergência promovendo a organização e a sistematização dos processos de trabalho e, por conseguinte, humanização do atendimento.

Palavras-chave: Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR). Enfermeira. Humanização. Avaliação QualiSUS. Sistema Único de Saúde (SUS).

SOUZA, S.E.B. **Avaliação do QualiSUS na Bahia**. 2010. 175f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade Federal das Bahia, Salvador,2010.

ABSTRACT

This thesis has as its object of study in program evaluation QualiSUS in Bahia State, as its pillars referenced in Ordinance No. 3125 of 07 December 2006 establishing the Program. Based on the trilogy Donabedian Structure, Process and Outcome. This is a qualitative, descriptive, normative and analytical, in which we assumed that the fortification QualiSUS units at emergency hospitals agreed upon and not agreed upon between the Ministry of Health and the Department of State Health Bahia is as set out in Ministerial Decree establishing the program. Describes on the Unified Health System, the Program QualiSUS, the assessment system QualiSUS and the role of the nurse in Reception with Ratings. The locus of the study was to emergency units and hospital emergency agreed upon and not agreed upon between the Ministry of Health and the Health Department of the State of Bahia. Its general purpose general purpose was to evaluate the practice of QualiSUS, according to the ordinance establishing the program and specific objectives are to describe the context in which their deployment has been going on drives emergency care in hospitals or not agreed upon between the Ministry of Health and the Department Health of the State of Bahia, identifying the foundations of the program QualiSUS for its deployment in hospitals agreed upon or not.

Keywords: With Host Ratings (ACCR). Nurse. Humanization. Rating QualiSUS. Health System (SUS).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Folha
Quadro 1 – Modelos de Atenção à Saúde	30
Quadro 2 – Hospitais Pactuados entre o Ministério da Saúde e a SESAB	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	– Associação Brasileira de Saúde Coletiva.
ACCR	– Acolhimento Com Classificação de Risco.
AIS	– Ações Integradas de Saúde.
BIRD	– Banco Interamericano Reguinal de Desenvolvimento
CAPs	– Caixas de Aposentadoria e Pensões
CNS	– Conferência Nacional de Saúde.
CONASS	– Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
HumanizaSUS	– Política Nacional de Humanização
IAPAS	– Instituto de Previdência a Saúde
IAPS	– Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	– Instituto Nacional de Previdência Medica Social
INPS	– Instituto Nacional de Previdência Social
OMS	– Organização Mundial de Saúde.
PACTO	– Plano Nacional de Saúde.
PIASS	– Programa Interiorização da Ações de Saúde e Saneamento
PNAU S	– Políticas Nacional de Atenção às Urgências.
PNH	– Política Nacional de Humanização
PNHAH	– Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
QualiSUS	– Não Definido.
SAMU	– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	– Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS	– Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.
SIH/SUS	– Sistema de Internação Hospitalar do SUS.
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde.
SUDS	– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.
SUS	– Sistema Único de Saúde.
UBS	– Unidades Básicas de Saúde.

SUMÁRIO

	folha
1 INTRODUÇÃO	14
2 POLÍTICAS DE SAÚDE E O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.	21
2.1 O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL: REGULAMENTAÇÃO DO SUS.	23
2.2 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E RELAÇÕES COM O QUALISUS	27
3 O PROGRAMA QUALISUS.	31
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS.	31
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.	36
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.	38
3.4 DIRETRIZES E MARCO REGULATÓRIO DO QUALISUS.	39
3.5 O QUALISUS NO ESTADO DA BAHIA.	46
4 SISTEMA DE AVALIAÇÃO	48
4.1 SISTEMA DE AVALIAÇÃO: PROGRAMA QUALISUS	48
4.2 SISTEMAS DE AVALIAÇÃO: ASPECTOS ESTRUTURAIS DO PROGRAMA QUALISUS.	53
4.2.1 Aspectos Estruturais do Programa Qualisus: Ambiência	53
4.2.2 Aspectos Estruturais do Programa Qualisus: Tecnológicos	55
4.2.3 Aspectos Estruturais do Programa Qualisus: Política de Educação Permanente	56
4.3 SISTEMA DE AVALIAÇÃO: ASPECTOS PROCESSUAIS DO PROGRAMA QUALISUS.	57
4.3.1 Aspectos Processuais do Programa Qualisus: Existência de Comitê Gestor Nomeado	59
4.3.2 Aspectos processuais do programa Qualisus: funcionamento do acolhimento.	59
4.3.3 Aspectos Processuais do Programa Qualisus: Funcionamento do	59

	Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).	
4.3.4	Aspectos Processuais do Programa Qualisus: Integração Entre os Municípios e o Estado.	61
4.3.5	Aspectos Processuais do Programa Qualisus: Funcionamento da Central de Regulação de Leitos.	61
4.3.6	Aspectos Processuais do Programa Qualisus: Sistema de Marcação de Consulta.	62
4.3.7	Aspectos Processuais do Programa Qualisus: Existência de Protocolos Assistenciais.	62
4.4	SISTEMA DE AVALIAÇÃO: ASPECTOS DE RESULTADOS DO PROGRAMA QUALISUS.	63
4.4.1	Aspectos de Resultado do Programa Qualisus: Tempo de Permanência do Usuário na Unidade de Urgência/ Emergência.	63
4.4.2	Aspectos de Resultado do Programa Qualisus: Taxa de Mortalidade em Menos de 24 Horas na Emergência.	64
4.4.3	Aspectos de Resultado do Programa Qualisus: Existência de Opinário sobre Grau de Satisfação dos Usuários e Familiares.	65
5	PAPEL DA ENFERMEIRA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	66
5.1	PROCESSO DE CUIDAR EM SAÚDE E NA ENFERMAGEM	66
5.2	ACOLHIMENTO E ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	67
5.3	A ENFERMEIRA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	72
6	ASPECTOS METODOLÓGICOS	77
6.1	CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO	77
6.2	DESENHO DO ESTUDO	79
6.3	FASES DA PESQUISA	80
6.3.1	Fase Exploratória	80
6.3.2	Lócus da Pesquisa	81
6.3.3	Sujeitos da Pesquisa	81
6.3.4	Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados	82
6.3.4.1	Entrevista Semi-estruturada	82
6.3.5	Plano de Análise dos Dados	84
7	RESULTADOS	87
7.1	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.	87

7.2	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	87
7.3	OPERACIONALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	88
7.4	AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA	88
7.4.1	Política de Educação Permanente	88
7.4.2	Aspectos Tecnológicos	90
7.4.3	Aspectos de Ambiência	91
7.5	AVALIAÇÃO DE PROCESSO	91
7.6	AVALIAÇÃO DE RESULTADOS	93
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
1.	CONTEXTO NO QUAL VEM SE DANDO A IMPLANTAÇÃO DO QUALISUS	95
2	BASES DE SUSTENTAÇÃO DO QUALISUS	95
3	FATORES QUE INFLUENCIAM A IMPLANTAÇÃO DO QUALISUS	96
4	AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA	97
5	AVALIAÇÃO DO PROCESSO	97
6	AVALIAÇÃO DO RESULTADO	98
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE/ESCLARECIDO	106
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O COMITÊ GESTOR DO HOSPITAL	107
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA: ENFERMEIRAS/ACCR	112
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA: GESTOR SESAB/QUALISUS	114
	APÊNDICE E – MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO COMITÊ GESTOR LOCAL	115
	APÊNDICE F – MATRIZ DE IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS E CATEGORIAS DO COMITÊ GESTOR LOCAL	125
	APÊNDICE G – MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DO COMITÊ GESTOR SESAB	146
	APÊNDICE H – MATRIZ DE IDENTIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS DO COMITÊ GESTOR LOCAL	149
	APÊNDICE I – MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DO ACCR	154
	APÊNDICE J – IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS DAS ENFERMEIRAS DO ACCR	159
	ANEXOS	
	ANEXO A – PORTARIA QUE INSTITUI O QUALISUS BRASIL 2006	168
	ANEXO B – PORTARIA DE CONTINUIDADE: QUALISUS BRASIL 2008	171

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, propondo-se a garantir assistência integral e gratuita para a totalidade da população brasileira. Sua rede de serviços é composta por 63.662 unidades ambulatoriais, 5.864 unidades hospitalares, com um total de 441.591 leitos, responsáveis por mais de 900 mil internações por mês, totalizando 12 milhões de internações ao ano (CNES, 2007).

Estima-se que quase a totalidade da população brasileira, dos quais incluem aqueles que possuem planos de saúde privados, seja usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) em algum momento.

Teoricamente a atenção à saúde, está organizada em atenção básica, atenção especializada e hospitalar. A atenção básica pressupõe que seja descentralizada e prestada o mais próximo de onde os usuários vivem e trabalham. A atenção especializada e hospitalar se baseia no princípio da regionalização, no qual a oferta é hierarquizada e regionalizada por nível de complexidade crescente, obtendo, desta forma, economias de escala.

Observa-se assim, que o SUS apresenta três subsistemas interdependentes que se interconectam para garantir o seu funcionamento racional na utilização dos recursos e equânime na prestação da assistência. A atenção especializada e hospitalar, por sua vez, dependem da articulação intermunicipal, da reorganização da oferta baseada no critério das necessidades de saúde, do aumento da resolubilidade da atenção básica, especializada e dos serviços de emergência e da implementação de mecanismos de controle, regulação avaliação e auditoria, dentre outras medidas.

Para que o SUS funcione conforme preconizado na Constituição brasileira de 1988, alguns problemas precisam ser enfrentados, tais como: o financiamento insuficiente, privilégio do espaço hospitalar, principalmente das urgências e emergências, como locais aos quais se recorre por quaisquer problemas de saúde, desvalorização da atenção básica, resolubilidade insuficiente, pressões corporativas e profissionais, limitações do acesso e da acessibilidade aos serviços, inadequações do modelo assistencial, precarização das relações de trabalho, caracterizada pela instabilidade no emprego, pelos múltiplos vínculos e resistências políticas ao processo de mudanças.

Historicamente a atenção hospitalar sempre foi um dos principais pontos de debate e há ainda hoje a supervalorização dos hospitais como espaços privilegiados na

produção de conhecimentos e ações de saúde em qualquer um dos níveis de atenção à saúde, dando-se grande visibilidade, inclusive sob a perspectiva do usuário pela dramática exploração pela mídia.

Segundo dados do CNES (2007) para uma população de 183.989.711 brasileiros existem 6.223 unidades com leitos de internação, totalizando 502.826 leitos, com 11,7 milhões de internação. Do total de leitos existentes 71,1% é SUS, o que dimensiona a importância deste sistema.

Quando se analisa a distribuição dos estabelecimentos de saúde por região, observa-se que 35% estão localizados na região nordeste, 29% na região sudoeste, 17% no sul, 11% no centro - oeste e apenas 7% na região norte (CNES, 2004). No Estado da Bahia, de um total de 32.657 leitos existentes, 27.324 (84%) são do SUS (CNES, 2007). Quando se analisam os estabelecimentos de internação segundo o porte, observa-se que no estado da Bahia, 72% dos estabelecimentos de internação possuem de 1 a 50 leitos (pequeno porte), sendo que 320 unidades (48%) possuem menos de 30 leitos. Apenas 37 hospitais (6%) possuem mais de 150 leitos, 26 hospitais (4%) possuem de 101 a 150 leitos e 117 (18%) possuem de 51 a 100 leitos (CNES, 2008). A tendência mundial é a obtenção de economias de escala, com fechamento e fusão de hospitais. Assim a viabilidade econômica de um hospital situa-se entre 100 a 450 leitos. No Reino Unido 80% dos leitos estão em hospitais com mais de 300 leitos (FERGUON, TREVOR & POSNETT, 1997).

Na Bahia, do total de unidades de saúde com internação (564), apenas seis são Pronto Socorro Geral em todo o estado. Quando se analisa o déficit de leitos por macro região do estado, observa-se que não existe déficit apenas para as macro regiões leste e sul. Os maiores déficits encontram-se na macro centro leste (872), seguida da macro nordeste (768), sudoeste (686) e norte (625) e quando se analisa o déficit por especialidade, observa-se que há excedentes para clínica cirúrgica, obstétrica e pediátrica. Os maiores déficits de leitos são encontrados em psiquiatria (3.518), seguido de reabilitação (1512), cuidados prolongados ou leitos para pacientes crônicos (1.191), outros e complementares (1.019), psiquiatria (hospital-dia 1.019), UTI (452) e clínica médica (226) (CNES, 2007).

Por um lado, encontram-se a falta de leitos, a baixa resolubilidade e o descrédito da população na atenção básica, associado ao baixo número de emergências, o que aumenta a superlotação nas unidades de urgências e emergência.

Por outro lado, a superlotação de usuários na atenção às urgências nas unidades não hospitalares e nas portas de entrada dos serviços de urgência/emergência é um problema bem conhecido dos gerentes, gestores e dos trabalhadores da saúde, bem como dos usuários

do serviço e da população. Nos últimos anos este cenário tem sido amplamente divulgado e explorado pela mídia e pelos políticos com mobilização dos conselhos de classe e da justiça na mediação de conflitos e confrontos entre a população e os trabalhadores.

A superlotação das unidades de urgência/emergência e a baixa resolubilidade da Atenção Básica ainda é agravada pelos seguintes aspectos: número insuficiente de profissionais, baixa qualificação, demanda de usuários com diagnósticos para atendimentos eletivos, falta de recursos tecnológicos e de apoio diagnóstico, insuficiência de leitos de terapia intensiva para a demanda existente, bem como carência de leitos em algumas especialidades, retaguarda de especialistas e uma rede estruturada, com uma Central de Regulação que controle a referência e a contra-referência e garanta a continuidade do tratamento (CNES, 2007).

A demanda maior do que a capacidade de oferta por estes serviços gera a superlotação das salas de espera e dos corredores das salas de urgência, associada às elevadas taxas de ocupação dos leitos de observação nos diferentes componentes assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso pode trazer como consequência a flexibilização nos padrões do cuidado e da ética dos profissionais de saúde que atuam em serviços de urgência e emergência.

Assim, entre os enfoques estratégicos da reforma da atenção hospitalar estão a humanização e a política de urgência emergência. Uma das iniciativas do Ministério da Saúde para investimentos na estrutura dos hospitais de urgência deu-se por meio do Projeto de Implantação do Sistema Estadual de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência. Este projeto foi formulado sem a participação efetiva dos gestores, trabalhadores e usuários e, conseqüentemente, sem a observância das diretrizes para organização de uma rede assistencial, hierarquizada, regionalizada, regulada e humanizada (BRASIL, 2001a).

Mediante estas considerações e a proposta do Ministério da Saúde de qualificar a atenção prestada aos usuários do SUS por meio do Programa QualiSUS, que prioriza o planejamento da reorganização dos hospitais de urgência/emergência, a partir das premissas das políticas públicas do SUS e, em particular, das Políticas de Atenção às Urgências, de Humanização e de Educação Permanente, questiona-se: o programa QualiSUS está sendo implantado nos hospitais pactuados e não pactuados entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia conforme preconizado na portaria que institui o Programa QualiSUS?

O presente estudo tem como objeto o programa QualiSUS e como objetivo geral avaliar a prática do QualiSUS conforme a portaria que institui o programa.

Como objetivos específicos, apresentam-se:

- a) Descrever o contexto no qual vem se dando a implantação do QualiSUS nas unidades urgências / emergências nos hospitais pactuados ou não entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
- b) Identificar as bases de sustentação do Programa QualiSUS, para a sua implantação nos hospitais pactuados ou não, entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
- c) Caracterizar o papel da enfermeira no Acolhimento com Classificação de Risco, nos hospitais pactuados e não pactuados entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
- d) Identificar os fatores que influenciam na implantação do programa QualiSUS nos hospitais pactuados ou não entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

A análise aqui proposta pressupõe avaliar o Programa nas dimensões de Estrutura, Processo e Resultado, focando-se seguintes aspectos:

- a) Estruturais, quais sejam: aspectos tecnológicos, Política de Educação Permanente e ambiência;
- b) Processuais, quais sejam: existência de comitê gestor nomeado; funcionamento do acolhimento; funcionamento do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR); existência de integração entre os municípios e o estado; existência e funcionamento da Central de Regulação de leitos; existência de sistema de marcação de consultas; existência e uso de Protocolos sobre acolhimento; existência de Protocolos sobre ACCR; Existência de Protocolos Assistenciais.
- c) De resultado, quais sejam: tempo de permanência do usuário na emergência (do início ao final do atendimento); mortalidade em menos de 24 horas na emergência; existência de opinário sobre o grau de satisfação dos usuários e familiares.

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, de caráter normativo e analítico, no qual partimos do pressuposto que a implantação do programa QualiSUS nas unidades de urgência / emergência dos hospitais pactuados e não pactuados entre o Ministério da Saúde e

a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia não está conforme preconizado na Portaria que instituiu o programa.

No plano operacional, o Ministério da Saúde recomenda que se faça a avaliação organizacional da porta hospitalar de urgência de cada organização, considerando as suas especificidades, as relações com as unidades internas do hospital e com os serviços de saúde da região de abrangência, bem como o estágio de incorporação de estratégias constantes das políticas públicas vigentes nas unidades federadas (BRASIL, 2006b).

O QualiSUS é um programa do Governo Federal para a qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde fundamentado na Política Nacional de Atenção às Urgências e em consonância com os princípios de Integralidade e as diretrizes da Política Nacional de Humanização (Ibid, 2006b).

O QualiSUS foi instituído por meio da Portaria Ministerial n. 3.125 de 7 de dezembro de 2006, e se constitui em um programa que representa a síntese das aspirações e necessidades da população quanto a acessibilidade¹, organizando-se a rede prestadora de serviços de saúde conforme critério de gravidade do usuário e prestando-se uma atenção à saúde humanizada e baseada no princípio de Integralidade de acordo com as diretrizes do SUS.

No Estado da Bahia, para implantação do QualiSUS foram contempladas seis unidades hospitalares sob gestão estadual, de média e alta complexidade, localizadas no município de Salvador e Região Metropolitana e mais três hospitais de alta complexidade situados em três municípios de referencia regional no estado, entretanto até janeiro 2010 só foi celebrado o convênio com as seis primeiras. Os demais convênios estão em tramitação no Ministério da Saúde para aprovação (BAHIA, 2006).

O QualiSUS tem em sua gestão estadual um comitê gestor, instituído por meio da Portaria no. 571, publicada no Diário Oficial do Estado em 08 de março de 2007, nomeado pelo secretário da saúde do Estado da Bahia para a implantação do Programa (BAHIA, 2007).

A Portaria Ministerial que institui o QualiSUS prevê a utilização de critérios de acolhimento, com dispositivos de classificação de risco, vínculo, resolubilidade²,

¹ Acessibilidade é a capacidade de produzir serviços de saúde para atender à necessidades de uma determinada população (RODRIGUES, 2008 apud DONABEDIAN, 1980).

² Resolubilidade é um conceito relativo e em referência ao atendimento em urgência/emergência envolve qualificação da equipe multidisciplinar, agilidade e precisão no atendimento, existência de apoio diagnóstico qualificado e com resultados precisos e em tempo reduzido, existência de leitos para acolhimento dos usuários estabilizados, além da expectativa do usuário e a sua satisfação com todo o processo. Sua verificação, face às inúmeras situações que estão envolvidas e pelo tempo de execução deste estudo, acabaria por não refletir precisamente o que se quer conhecer, então será avaliado apenas três indicadores, que, mesmo não conseguindo atingir a dimensão da resolubilidade, dará uma noção simplificada do que ocorreu com a implantação do

integralidade e responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários na rede de serviços (BRASIL, 2006b).

De acordo com o Programa QualiSUS, as ações de acolhimento deverão ser realizadas por profissionais do serviço, administrativos ou técnicos, desde que tenham minimamente a capacidade de ouvir e de orientar o usuário para a melhor e mais rápida forma de atendimento.

A ação de classificação de risco é privativa da enfermeira que reúne entre outros atributos a capacidade técnica na avaliação do risco, obedecendo aos protocolos assistenciais.

A escolha da autora para realização da investigação sobre a implantação do QualiSUS decorre de sua relevância, dado ser este programa de qualificação da atenção hospitalar de urgência uma prioridade dos governos Federal e da Bahia e estar sob a responsabilidade de uma equipe de atendimento, na qual a enfermeira tem papel privativo na ação da classificação de risco.

A importância dos resultados desse estudo se dá à medida que identifica se a implantação e implementação do QualiSUS nos hospitais pactuados e não pactuados entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia produz efeitos no atendimento à demanda requerida pela sociedade nas unidades de urgência / emergência e reorganiza o processo de trabalho da enfermeira no que se refere ao ACCR a responsabilidade de estar trabalhando, efetivamente, para modificar o cenário baiano das unidades de urgência/emergência dos hospitais pactuados e não pactuados para implantação do QualiSUS.

Além disso, os resultados deste estudo, ao avaliar a prática do programa nas suas dimensões estruturais, processuais e de resultados, assim como descrever o contexto no qual está sendo implantado, identificar suas bases de sustentação, caracterizar o papel da enfermeira no ACCR e identificar os fatores que influenciam na sua implantação, podem contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento nas unidades de urgência/emergência pactuadas e não pactuadas, com diminuição do tempo de espera para atendimento, ausência de usuários em macas nos corredores, diminuição do número de mortes evitáveis e profissionais com melhores condições de trabalho e menor possibilidade de “flexibilização” das técnicas que possam ferir princípios éticos da enfermagem.

Essa dissertação está organizada nesta introdução e em **seis capítulos**. O **primeiro** trata sobre as **políticas de saúde e o movimento da reforma sanitária brasileira**, tendo como contexto: o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil e a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS); Regulamentação do SUS; Financiamento e Gestão do SUS; Regulação, Controle e Avaliação no SUS; Modelos de Atenção à Saúde.

O **segundo** capítulo trata sobre o **programa QualiSUS**, que apresenta e discute os aspectos históricos e políticos da trajetória do QualiSUS, sua regulamentação e os pressupostos que norteiam sua implantação nos serviços de saúde, programas e políticas com os quais se fundamentam.

O **terceiro** capítulo se refere ao **sistema de avaliação** do programa QualiSUS do ponto de vista de suas dimensões: estrutura, processo e resultado, fundamentado nos pilares preconizados por Donabedian: estrutura, processo e resultados, discutindo sistematicamente os itens de verificação propostos nesse estudo.

O **quarto** capítulo aborda o **papel da enfermeira no acolhimento com classificação de risco**, suas habilidades e sua importância nesse processo.

O **quinto** capítulo aborda a **metodologia** utilizada para a realização da pesquisa, discutindo suas facilidades e dificuldades e toda a trajetória percorrida pela pesquisadora no curso deste estudo.

O **sexto** apresenta os **resultados**, sendo analisados e discutidos os objetivos e por fim são apresentadas as **considerações finais**.

Entende-se que a sua implantação corresponde a um ganho humano-social, dado que, dentre outros resultados o Programa QualiSUS traz como consequência a redução do número de mortes evitáveis ou pelo menos as suas possíveis seqüelas, o que torna este estudo relevante pela significância da vida.

2 POLÍTICAS DE SAÚDE E O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Este capítulo objetiva descrever a trajetória histórica do movimento da Reforma Sanitária brasileira, destacando-se a importância do papel do Estado para a criação de um Sistema Público de Saúde e para a construção do Sistema Único de Saúde, enfatizando-se os modelos de atenção à saúde no que se refere às urgências/emergências e sua relação com o QualiSUS.

Em 1923, o Brasil iniciou a sua atuação em políticas públicas quando, com a lei Eloy Chaves, ocorre a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). A partir desse momento, nasce o embrião do sistema previdenciário e de assistência à saúde, que passa a ser prestada através de serviços do Estado ou por contratados do setor privado (BRASIL, 2005a). Posteriormente, as CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estes Institutos foram divididos por categorias profissionais, tendo-se o Instituto dos Ferrovários, dos Industriários, dos Comerciais, etc. A partir da década de 60, os IAPs foram unificados, sendo criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Segundo Fleury e outros (2008. p.34), havia acesso aos serviços hospitalares apenas para os cidadãos trabalhadores vinculados à indústria. Implanta-se no Brasil um modelo de previdência e assistência social semelhante ao modelo alemão, criado por Bismarck, denominado de modelo de seguro social, legitimando as diferenças sociais, no qual o direito à assistência era determinado pelo vínculo empregatício.

O modelo de gestão da saúde brasileira era provido pelo Ministério da Saúde, com base em ações preventivas de doenças transmissíveis, a exemplo de campanhas de vacinação, e em Programas verticalizados para controle epidemiológico da tuberculose, hanseníase, etc.

A assistência médica, por sua vez, era prestada, com base em ações curativas, ao cidadão que possuísse carteira de trabalho assinada e recolhesse para a Previdência Social, ocorrendo nos hospitais especializados (REHEM, 2002). O Estado brasileiro atuava com o foco voltado apenas para o atendimento ao cidadão trabalhador que era contribuinte do então INPS. Esta política era excludente e prestava atendimento ao cidadão trabalhador, de modo individualizado e assistencialista, em lugar de ofertar saúde pública coletiva (MARINHO, 2005).

Na sequência, o INPS desdobra-se em Instituto de Previdência à Saúde (IAPAS) e Instituto Nacional de Previdência Médica Social (INAMPS), mantendo o foco na prestação de serviços de assistência à saúde de seus associados, que passam a requerer a utilização de grandes unidades de atendimento ambulatorial e a ampliação da assistência hospitalar. Como consequência, houve a contratação, pelo INAMPS, de serviços de saúde do setor privado, nos grandes centros urbanos.

Isso demonstra uma opção política do governo brasileiro de, através do INAMPS, beneficiar todos aqueles que estavam incluídos no mercado de trabalho, penalizando duplamente aqueles que se encontrava em situação de desemprego; em primeiro lugar, por se encontrarem fora do mercado de trabalho e, em segundo, por não terem acesso à assistência médica.

No decurso do período que vai da década de 70 à de 80, o Ministério da Saúde realizou a VII Conferência Nacional de Saúde, que “preconizava a Atenção Primária de Saúde como base e estruturação de um novo sistema”, sob a influência da Organização Mundial da Saúde, que traçava como diretriz “a saúde para todos no ano 2000”.

A VII Conferência teve como principal diretriz a “Extensão das Ações de saúde através dos serviços básicos” (SCOREL, 2008, p.419)., sob a influência do ideário da Conferência Internacional de Alma Ata, ocorrida em 1978. Essa Conferência Internacional resultou na experiência da implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

O PIASS já incluía as diretrizes de hierarquização, regionalização, integração dos serviços e participação comunitária. Contudo, esse programa não conseguiu avançar, entre outros motivos, em decorrência de seu caráter verticalizante, do confronto entre a proposta de regionalização e a persistência da centralização e do caráter meramente instrumentalizador da participação comunitária.

Até o a regulamentação do SUS, através da Lei 8.080/90, atuou a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, destacando-se: em 1982, a promoção na Câmara dos Deputados do

“Segundo Simpósio Nacional sobre Política de Saúde”; em 1983, a elaboração dos “Convênios das Ações Integradas de Saúde” (AIS), entre o extinto INAMPS/SMS/SES; e, em 1986, a “Oitava Conferência Nacional de Saúde” e os “Convênios dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, entre o INAMPS e SES”.

Isto posto, observa-se que a possibilidade de universalização do acesso aos Serviços de Saúde surgiu com o Movimento da Reforma Sanitária, sendo formalizada na Constituição Federal de 1988, que reconhece a saúde como um direito universal da população, de modo análogo à tendência internacional, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002).

O SUS surgiu em um período de intensa mobilização social e de profundas mudanças no cenário político brasileiro, marcado pelo fim da ditadura militar, instalada no País em 1964, e pela promulgação da Constituição Brasileira de 1988. Esse mesmo movimento político teve vínculos sociais que pressionaram o Estado rumo à Reforma Sanitária. Ambos os movimentos contaram com grande mobilização da sociedade na busca do reconhecimento do seu direito à Saúde (RODRIGUES; SANTOS, 2009). As mudanças na área de saúde vieram a reboque de todo um cenário político-social brasileiro da década de 70.

Do ponto de vista social, esse cenário era caracterizado pela alta mortalidade infantil, epidemia de meningite em São Paulo, péssimas condições de saneamento e indicadores de saúde, desencadeando assim uma mobilização político-social que tinha como finalidade socializar o acesso aos serviços de saúde para todos os cidadãos.

Esse movimento, denominado de Reforma Sanitária, teve possibilidade de se consolidar a partir da sociedade civil e de seus representantes no Congresso Nacional e imprimir, na Constituição Federal de 1988, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

2.1 O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL: REGULAMENTAÇÃO DO SUS

O Movimento de Reforma Sanitária, no Brasil no final da década de 70, culminou com a VII Conferência Nacional de Saúde³ (CNS), realizada em março de 1986. Essa Conferência teve como tema central “Democracia e Saúde” e aconteceu em um momento de

³ Conferência de Saúde, instituída em 1937 pela Lei nº 378, tem como objetivo, na atualidade, a articulação dos governos estaduais e o federal para a formulação de políticas de saúde (NORONHA et al., 2008).

mobilização popular permeado pela abertura política do governo da época, sendo antecedida pelas discussões das pré-conferências estaduais em 1985. Deu-se continuidade ao processo de discussão cuja intenção seria o desdobramento das discussões norteadas pelo relatório da CNS (SCOREL, 2008).

Scorel (2008) afirma que o primeiro ato de descentralização das ações de saúde solicitado pelo INAMPS culminou na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Neste novo sistema, estava previsto o enxugamento da máquina estatal e a transferência das responsabilidades da gestão dos serviços de saúde para os níveis estaduais e municipais.

O SUDS não atingiu adequadamente o planejamento previsto, em virtude de fatores político-partidários, pelos quais os interesses setoriais sentiam-se ameaçados e também pela “burocracia”, que era predominante no INAMPS e no Ministério da Saúde, o que dificultou a operacionalização desse sistema de forma adequada (SCOREL, 2008).

Como proposta final da VIII CNS, surge o direito do cidadão à saúde, aliado ao dever do Estado, com acesso universal e integral à saúde para todos os cidadãos brasileiros, o que marca o processo de transformação da história da saúde brasileira (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi inserido na Constituição brasileira de 1988, em seu artigo 196, que preconiza a garantia do direito de acesso universal e igualitário à saúde, e que este direito deve ser operacionalizado através das políticas de saúde pública que proporcionem o acesso de todos os cidadãos a todas as ações e serviços que possam cuidar da promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

A Constituição brasileira de 1988 estabelece que a saúde é parte da seguridade social, ao tratar do assunto em seu artigo 194 “Compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. A saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, formalizando o conceito ampliado de saúde proposto na VIII CNS (SCOREL, 2008, p. 430).

Ainda segundo a Constituição brasileira de 1988, artigo 198, o SUS se estabelece a partir de três diretrizes: Integralidade, Participação Social, e Descentralização da gestão, com direção única em cada esfera de governo. De acordo com o Princípio da Integralidade, todos devem ter acesso integral de acordo com sua necessidade, em todos os níveis de complexidade, até a sua plena recuperação. Também se remete à necessária articulação da intervenção no processo saúde-doença, tomando como prioridades: as ações de prevenção da saúde; a Participação Social, que é a garantia da representação dos usuários na gestão do SUS,

através dos Conselhos de Saúde, e a Descentralização da Gestão, que se dá pela regionalização com responsabilização e autonomia, para prover as ações de acordo com as especificidades em cada região do Brasil. A Descentralização da Gestão é operacionalizada em cada esfera de governo: federal, estadual e municipal, tendo cada uma destas esferas, suas competências determinadas em leis e normas.

Teoricamente, o SUS está organizado em atenção básica, atenção especializada e atenção hospitalar. A atenção básica pressupõe que seja descentralizada e prestada o mais próximo de onde os usuários vivem e trabalham. A atenção especializada e hospitalar se baseia no pressuposto da regionalização, no qual a oferta é hierarquizada e regionalizada por nível de complexidade crescente, obtendo, desta forma, economias de escala (BRASIL, 2006a).

Observa-se que o SUS apresenta três subsistemas interdependentes, que se interconectam para garantir o seu funcionamento, racional na utilização dos recursos e equânime na prestação da assistência.

A atenção na prestação da assistência especializada e hospitalar, por sua vez, depende de diferentes articulações entre as quais se encontram: a articulação intermunicipal; a reorganização da oferta baseada no critério das necessidades de saúde; o aumento da resolubilidade da atenção básica e especializada e dos serviços de emergência; a implementação de mecanismos de controle, regulação avaliação e auditoria.

Segundo o pensamento de Rodrigues e Santos (2009), a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) é promulgada em 1990, com vinte e cinco vetos, alterando o projeto original. Ainda na década de 90, alguns dos vetos da Lei Orgânica da Saúde são reconstituídos na aprovação da Lei nº 8.142/90. Isso significa que o Governo Federal, vencido pela mobilização social, promulga os anseios da sociedade e reafirma os mecanismos de controle e participação social, com a criação dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

A Lei Orgânica da Saúde, promulgada em 19 de setembro de 1990, caracteriza o SUS como “O conjunto de ações e serviços públicos de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”. Neste contexto, encontra-se a atenção à saúde individual ou coletiva nos diversos níveis de atenção e complexidade, envolvendo ações de promoção, recuperação e reabilitação do indivíduo, intervenções ambientais de saúde, incluindo pesquisa, produção de insumos e tecnologias para a saúde. Além disso, ela é composta de

serviços públicos e privados, sendo estes últimos remunerados com recursos públicos e tendo apenas papel complementar (apud NORONHA, 2008, p.444).

Para Noronha (2008), o SUS contempla os princípios da Universalidade e Igualdade, sendo que o primeiro princípio se refere ao direito de todos os cidadãos terem acesso a todos os serviços de saúde; e o segundo, o da Igualdade, se refere à não discriminação do acesso à saúde com base em critérios de renda, cor, gênero ou religião.

Para que a descentralização se efetive, são estabelecidas regras, como a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais, a elaboração do Plano de Saúde e a constituição dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990).

O fracasso do processo de descentralização das ações do SUS, decorrente de uma experiência malsucedida de centralizar tais ações, é assim explicado: Mendes (2001) aponta o fracasso dessa experiência quando afirma que

A descentralização dos sistemas de serviços de saúde foi impulsionada por um desencanto com sistemas centralizados que se caracterizaram por controle burocrático, resistência à inovação, ineficiência, apropriação corporativa, manipulação política, pouca capacidade de adaptação às mudanças ambientais e baixa resposta às necessidades da clientela. Após anos de descentralização dos serviços de saúde, a experiência internacional indica que há áreas em que a descentralização do processo decisório não deve incidir: a definição de macropolíticas de saúde, as decisões referentes aos recursos estratégicos, a regulação de setores como de medicamentos e de equipamentos de alta densidade tecnológica e a macroanálise de situações e tendências de saúde. (SALTMAN; FIGUERAS, 1997, apud MENDES, 2001, p.24).

A descentralização dos serviços de saúde do SUS é marcada por sucessos e fracassos, que variam de intensidade conforme a região. Um dos pontos de sucesso apresentados nesse processo dá-se no âmbito municipal quando o gestor passa a controlar seus prestadores, na contratação de serviços e de pessoal, e ainda detém maior controle na operação dos bancos de dados do Sistema de Internação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), o que lhe possibilita elaborar um melhor planejamento e avaliação das ações de saúde (MENDES, 2001).

Para a Constituição brasileira, o Princípio da Integralidade é definido como aquele que responsabiliza o SUS pelo cuidado a **todas** as necessidades de **todas** as pessoas e de todas as comunidades. O Princípio da Universalidade, por sua vez, é aquele que garante o acesso de **todos** os cidadãos a **todos** os serviços, independente de sua cor, sexo, religião, moradia,

condição socioeconômica, idade ou etnia. O princípio da Participação Social é aquele que garante a participação da sociedade civil organizada na formulação de políticas de saúde e na gestão dos sistemas mediante representação nos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2007).

Um dos pontos de fracasso, segundo Santos (2003), decorre da dualidade de direções no atendimento ao cidadão, tornando-se difícil atingir a universalização do acesso aos serviços de saúde, conforme preconizado pela Constituição brasileira de 1988: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (apud SANTOS, 2003, p.5).

Para atingir esse princípio, o SUS parte do pressuposto de que existe uma rede descentralizada, com níveis crescentes de complexidade, organizada e hierarquizada, cuja porta de entrada é a atenção básica. Paralelamente, existe uma rede privada, conveniada e de caráter complementar.

Ocorre que, na prática, o sistema não funciona dessa maneira e, por razões culturais, econômicas, gerenciais, as unidades de urgência/emergência funcionam, na maioria das vezes, como a porta de entrada, até para os serviços de baixa complexidade, comprometendo assim a sua qualidade. O QualiSUS, ao ser implantado, objetivava organizar essa demanda, mediante o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).

Como decorrência das Políticas de Saúde implantadas no País ao longo dos anos, foram-se consolidando diferentes modelos assistenciais, sobre os quais se discute em seguida.

2.2 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E RELAÇÕES COM O QualiSUS

Fazendo considerações sobre o sistema de serviços de atenção à saúde no Brasil, podemos referenciá-lo por componentes e funções tais como: infra-estrutura, organização, gestão, financiamento e prestação de serviços (KLECZKOWSKI; ROEMER; WERF, 1984, apud PAIM, 2008).

Os modelos de atenção à saúde fundamentam-se no referencial de cuidado, no processo de como agir, no formato de cuidado a ser prestado ao usuário, ou seja, na forma de intervenção ou práticas de saúde. Até porque, o mais importante no contexto dessas práticas de atendimento ao usuário é que estas devem estar fundamentadas nos princípios do SUS.

Os modelos de atenção à saúde têm a prerrogativa de conciliar o atendimento à demanda e às necessidades, na perspectiva da Integralidade da atenção (PAIM, 2008).

Enquanto algumas valorizam a efetividade e a qualidade técnica, outras priorizam a satisfação das pessoas e a humanização dos serviços, conforme observa o mesmo autor.

Entre as propostas citadas por Paim (2008) estão a oferta organizada, a distritalização, as ações programáticas de saúde, a vigilância da saúde, a estratégia de saúde da família e o acolhimento. Este último tem como referência privilegiar a atenção às pessoas, usuários ou trabalhadores de saúde.

Assim sendo, baseia-se no atendimento à demanda espontânea e se fundamenta na psicologia para a prestação de um atendimento individualizado, focado nas necessidades do usuário e na política de Humanização (PAIM, 2008).

Em que pese a Reforma Sanitária defender a oferta organizada de serviços e o modelo de vigilância da saúde associar o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, observa-se que o QualiSUS se baseia no atendimento individualizado à demanda espontânea nas unidades de urgência/emergência, para, a partir daí, fazer o Acolhimento com Classificação de Risco e realizar os devidos encaminhamentos. Pela lógica do QualiSUS, as unidades de urgência/emergência funcionam como uma porta de entrada do sistema, mesmo para situações que são para atendimento na Rede Básica de Saúde.

Sob a ótica da acessibilidade aos serviços, o SUS transformou-se em um singular projeto público de inclusão social em menos de duas décadas, com milhões de pessoas atendidas. Foram 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família, bilhões de procedimentos ambulatoriais; milhões de consultas e de internações hospitalares, entre outros serviços e atendimentos (SANTOS, 2009).

Em 20 anos de vigência das Leis 8.080/90 e 8.142/90, o modelo de atenção hegemônico pouco mudou, mesmo tendo havido expansão da atenção básica para a população em situação de pobreza. É que esta atenção se dá com baixa qualidade e efetividade, uma vez que não apresenta a resolubilidade esperada. Dessa forma, há descrédito dos usuários nos serviços básicos de saúde, por isso recorrem às unidades de urgência /emergência, mesmo em situações que exigem baixa complexidade e em que não há risco eminente de morte.

O Quadro 1, a seguir, sintetiza a visão de Paim (2008) no que se refere aos modelos de atenção à saúde, com seus respectivos focos de atenção, de temporalidade e de movimento político predominante em cada época.

MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	FOCO	TEMPORALIDADE	MOVIMENTO
Ecológico	Centrado na multicausalidade das doenças	Século XIX	Medicina Preventiva
Piramidal	Noções de rede regionalizada e hierarquizada		
(Hospitalocêntrico) ⁴	Níveis de atenção primária, secundária e terciária	Século XX	Medicina Comunitária
Atenção Primária	Reformulação das políticas públicas e de reorganização do Sistema de Saúde	Século XX - 1970	Atenção Primária à Saúde
Campo da Saúde	Perfil Epidemiológico		
Promoção da Saúde	Determinantes ambientais e estilo de vida	Século XX - 1970	Promoção da Saúde
(Integralidade) ⁵	Implantação do SUDS		
	Organização dos Distritos Sanitários	Século XX - 1980	Reforma Sanitária
Médico-assistencialista	Centrado na clínica, demanda espontânea e em procedimentos e serviços especializados.	Século XX e XXI	Medicina Privatista
	Campanhas e Programas especiais (Programa de Saúde da Família – PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS)		
Sanitarista	Vigilância Sanitária e Epidemiológica.	Séculos XX e XXI	Pré e Pós-Reforma Sanitária
	Processo de trabalho articula a rede básica e hospitalar, procura superar a dicotomia entre as práticas coletivas e individuais através do desenvolvimento de ações integradas. Conceito quadripolar de saúde.		
Vigilância da Saúde		Final do Séc XX e início do Século XXI	Reforma Sanitária

Quadro 1 – Modelos de Atenção à Saúde

Fonte: Elaborado pela própria autora com base em Paim (2008, p.549 -559).

Associado a essa situação, há ainda uma demanda reprimida por serviços de média e alta complexidade, além do fato de que os valores pagos pelos procedimentos estão muito aquém do custo real, tornando-se um empecilho para o alcance dos princípios da Integralidade e da Equidade (SANTOS, 2009).

⁴ Hospitalocêntrico: refere-se a uma crítica ao modelo piramidal no qual a concentração dos recursos está direcionada para a atenção secundária e terciária que são praticadas no hospital (PAIM, 2008, p. 550).

⁵ Integralidade: “princípio constitucional que garante ao usuário a atenção nos três níveis de complexidade, com articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação” (PAIM, 2008, p. 552).

Existem ainda as pressões corporativas e profissionais, a limitação do acesso e da acessibilidade aos serviços, a inadequação do modelo assistencial, associados à precarização das relações de trabalho, caracterizada pela instabilidade no emprego e múltiplos vínculos, devendo ser também levadas em conta as resistências políticas ao processo de mudanças da rede de atenção à saúde do SUS. Tudo isso acarreta uma superlotação dos serviços de urgência/emergência (BRASIL, 2006).

O SUS surge de movimentos sociais organizados, com o apoio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), de entidades da área de saúde e estudantes comprometidas com as mudanças, além de sindicatos de trabalhadores, associações de classes, de bairros e de intelectuais, que propuseram a mudança do modelo assistencial privatista para o modelo de Vigilância da Saúde e comunidade, na busca de soluções para o crescente caos da saúde no Brasil. Foi regulamentado através de leis que, mesmo não tendo **preenchido**, em um primeiro momento, todos os anseios da comunidade mobilizada, veio contemplar a maioria das propostas que emanaram da VIII Conferência Nacional de Saúde.

O desafio dos gestores, das três esferas de governo, dos trabalhadores e dos usuários comprometidos com a implementação das ações do SUS, em conformidade com seus princípios, é mobilizar a sociedade para se organizar cada vez mais e participar ativamente dos momentos de debates nos Conselhos e Conferências de Saúde em cada esfera de governo.

No que tange à demanda das urgências/emergências, enfrentar esse desafio significa minimizar a angústia de profissionais e o sofrimento de usuários em situações de urgência de saúde, que poderiam ter sido prevenidas ou tratadas precocemente.

O SUS é considerado, pela maioria dos autores, como um dos Sistemas de Saúde mais completos e mais justos do ponto de vista de suas diretrizes e de seus princípios. Entretanto, a sua operacionalização depende de recursos em quantidade e em qualidade, sejam eles tecnológicos, financeiros, ou no que tange às competências e habilidades gerenciais, tudo isto aliado à motivação de todos, na perspectiva de consolidar esse sistema arduamente conquistado após tão importante mobilização social.

3 O PROGRAMA QUALISUS

Este capítulo objetiva apresentar e discutir os aspectos históricos e políticos da trajetória do QualiSUS, sua regulamentação e os pressupostos que norteiam a sua implantação nos serviços de saúde. Para melhor compreensão sobre o QualiSUS, inicia-se com os marcos regulatórios nos quais se baseia, e com os princípios e as diretrizes que orientam a sua implantação.

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS

O QualiSUS é embasado nos princípios e diretrizes do movimento de Reforma Sanitária de 1986, formalizados na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988).

Com base nos princípios⁶ acima mencionados e com o objetivo principal de subsidiar o Modelo Assistencial de Vigilância da Saúde aos usuários do SUS, buscou-se fortalecer o respeito à vida humana, aos valores éticos e morais vigentes e à melhoria do relacionamento entre profissionais de saúde e os usuários do sistema. Assim, foi instituído, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), mediante a Portaria nº 881, de 19/06/2001 (BRASIL, 2001a).

Ainda se ressalta, quanto ao PNHAH e sua importância para o QualiSUS, que este programa tem como objetivos criar, desenvolver e manter iniciativas humanizadoras dentro das organizações hospitalares. É um Programa de caráter progressivo e permanente, com

⁶ Os princípios norteadores do SUS, tais como Universalidade, Integralidade e a Participação Social (BRASIL, 2007), estão contextualizados e discutidos no Capítulo 1.

vistas a estabelecer, gradativamente, a cultura da atenção humanizada aos usuários do SUS.

Mais, tarde, o PNHAH deu origem à Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), que propunha ampliar a sua prática, anteriormente centralizada na atenção hospitalar, para as práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Nesse contexto, está contemplado o Programa QualiSUS, que, assim como o HumanizaSUS, atua de forma sistematizada em todos os níveis de atenção às urgências

O HumanizaSUS⁷ se formalizou como política em 2003, com o objetivo de concretizar os princípios do SUS nas práticas diárias de atenção e de gestão, seja entre gestores, entre gestores e trabalhadores, ou entre trabalhadores e usuários dos serviços (BRASIL, 2004b).

Sendo o HumanizaSUS uma política que perpassa todas as políticas e todos os níveis de atenção à saúde, pode-se inferir que está também vinculada como à Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).

A PNAU, assim como a Política de Humanização, visa a universalidade, a equidade e a integralidade na atenção aos usuários das unidades de urgência/emergência e tem sua base de atenção sincronizada com os princípios da humanização (BRASIL, 2003).

Pesquisas realizadas em 2002 e 2003 pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), respectivamente, apresentaram os principais motivos da insatisfação dos usuários com relação aos serviços prestados pelo SUS, e as mais relatadas pela população estão atreladas aos serviços de urgência/emergência.

Segundo a mesma pesquisa, o cenário nos serviços de urgência/emergência contempla pequena quantidade de leitos de atendimento, usuários em demanda eletiva ocupando os leitos de urgência, grande demora no atendimento, atendimento não priorizando a gravidade ou grau de sofrimento do usuário, falta de organização da rede de atendimento para o devido encaminhamento dos casos, baixa resolubilidade da rede básica, além do baixo acolhimento existente nas unidades, bem como a não responsabilização da equipe pelos usuários (OPAS, 2005).

Considerando tal situação e a proposta do Ministério da Saúde de qualificar a Atenção Hospitalar de Urgência prestada aos usuários do SUS, surge o Programa QualiSUS, que prioriza o planejamento da reorganização dos hospitais de urgência/emergência, a partir

⁷ A política de humanização perpassa todas as políticas criadas pelo Governo Federal, nas quais se incluem a política de urgência e a política HumanizaSUS, entre outras.

das premissas das políticas públicas do SUS e, em particular, das Políticas de Atenção às Urgências, de Humanização e de Educação Permanente. O Programa foi instituído por meio da Portaria nº 3.125, de 7 de dezembro de 2006 (BRASIL, 2006b).

O conhecimento do cenário supracitado e dos objetivos de qualificar a Atenção às Urgências de forma sistematizada motivou o Ministério da Saúde a definir a qualificação da atenção a saúde no SUS como uma prioridade do governo no Plano Nacional de Saúde (Pacto pela Saúde).

Em um primeiro momento, o programa QualiSUS é então considerado, pelo Ministério da Saúde do Brasil, uma das suas principais ações em face de se ter um programa conectado com atividades, tanto na área de saúde federal, como nas esferas dos governos estaduais e municipais.

Em um segundo momento o QualiSUS traz a reboque o “engajamento” desses governos para a melhoria de atendimento, em nível nacional, do usuário do SUS. A importância desse programa leva o Governo Federal a se solidarizar com os governos estaduais e municipais celebrando convênios⁸ que somam, estimadamente, um custo de quase meio bilhão de Reais.

Em um terceiro momento, comemora-se a internacionalização desse programa com a participação do Banco Mundial (BIRD) e com o apoio de sua diretoria, que, no início do ano de 2009, aprova financiamento da ordem de US\$ 230 (duzentos e trinta milhões de dólares).

Segundo Diop e Makhtar (2009), esse empréstimo do Banco Mundial tem como propósito “apoiar um novo conjunto de mudanças com o objetivo de proporcionar aos municípios e estados [...] planejar e organizar a sua assistência de saúde de acordo com as condições locais, como bases para um sistema de gestão, e que este resulte em melhor integração das redes”.

Nas reflexões de seus diretores, o Banco Mundial teve, como motivação para assinatura e apoio de financiamento para o programa QualiSUS, a seguinte síntese de dados vinculados aos propósitos do programa QualiSUS e do BIRD: A organização de rede hospitalar federal, estadual e municipal voltada para os mesmos princípios e diretrizes; o programa tem um “volume de 2,2 milhões de pessoas beneficiadas”, e se estima, internacionalmente, que se deve evitar “mais de 10 mil mortes relacionadas às doenças não

⁸ Convênios: em 2009, consideram-se 163 convênios aprovados para hospitais e unidades pré-hospitais.

transmissíveis”, o que promoverá, conseqüentemente, a redução de doenças/agravos à saúde no território brasileiro.

Economicamente, essa redução de doenças e agravos à saúde traz como contribuição uma economia de 5% do Produto Interno Bruto (PIB) nos próximos dez anos. Para o Banco Mundial, haverá benefício em quinze regiões, sendo dez em regiões metropolitanas e cinco em regiões não metropolitanas. Estima-se que se atenderá a áreas específicas com população em torno de 350 mil habitantes.

Por último, para o Banco Mundial, o programa QualiSUS é tanto singular para o Brasil, como um exemplo no âmbito mundial, agregando também como propósito: “Capacitar seus profissionais e modernizar instalações e equipamentos para atendimento a todos os níveis de atenção à saúde”.

No plano operacional, o Ministério da Saúde recomenda que se faça a avaliação organizacional da porta hospitalar de urgência de cada organização, considerando as suas especificidades, as relações com as unidades internas do hospital e com os serviços de saúde da região de abrangência, bem como o estágio de incorporação de estratégias constantes das políticas públicas vigentes nas unidades federadas.

Atenta-se que o QualiSUS, instituído mediante portaria ministerial, tem como finalidade qualificar a Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b).

Esse programa representa a síntese das aspirações e necessidades da população quanto à acessibilidade, organiza a rede prestadora de serviços de saúde (federal, estadual ou municipal), atende o usuário conforme seu critério de gravidade e/ou grau de sofrimento, presta atenção à saúde humanizada, com base no Princípio de Integralidade e nas diretrizes do SUS.

Na esfera estadual, a gestão do QualiSUS na Bahia se compõe de um comitê gestor instituído por meio da Portaria nº 571, publicada no *Diário Oficial do Estado da Bahia* em 8 de março de 2007, e nomeado pelo Secretário da Saúde do Estado da Bahia, para a implantação do Programa (BAHIA, 2007).

No Estado da Bahia, para a implantação gestonária e operacional do programa QualiSUS, foram contempladas nove unidades hospitalares: cinco em Salvador e quatro outras distribuídas nos municípios de Lauro de Freitas, Feira de Santana, Ilhéus e Vitória da Conquista (BRASIL, 2005b).

A portaria estadual preconiza que a gestão do QualiSUS esteja em consonância com a gestão federal. Essa gestão prevê a utilização de critérios de acolhimento, com

dispositivos de classificação de risco, vínculo, resolutividade, integralidade e responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários na rede de serviços (BAHIA, 2007).

Segundo Massaro e Abbês (2007), as singulares ações de acolhimento deverão ser realizadas por profissionais do serviço administrativo ou técnico, desde que tenham minimamente a capacidade de ouvir e de orientar o usuário para a melhor e mais rápida forma de atendimento, enquanto a distinção da ação de classificação de risco é privativa da enfermeira. Esta profissional reúne, entre outros atributos, a capacidade técnica na avaliação do risco, obedecendo aos protocolos assistenciais previamente estabelecidos.

Os mesmos autores ainda traduzem, em suas reflexões, que a proposta da metodologia QualiSUS prevê não só a melhoria da atenção nos sistemas de atendimento a urgência/ emergência, mas a melhoria de toda a estrutura, que envolve o atendimento ao usuário, contemplando desde o atendimento pré-hospitalar até a total reabilitação deste usuário. A implantação desse programa tem como resultado previsível serem os usuários adequadamente atendidos, com prioridade centrada na sua condição de risco/ sofrimento.

Inferese que os usuários submetidos à classificação de risco e configurados como sem risco e assintomáticos, serão direcionados de forma adequada para o local da rede assistencial capaz de resolver seus problemas de saúde de forma preventiva. O usuário sintomático, e mesmo sem risco, será atendido na unidade que procurou inicialmente. Assim sendo, ocorreriam não apenas a minimização da demanda desnecessária nas unidades de urgência/emergência, mas também a sobrecarga dos profissionais, e, conseqüentemente, a diminuição da possibilidade de erros. Agregar-se-ia também valor qualitativo aos profissionais dessas unidades assistenciais, os quais, participando da política de educação permanente, estariam mais bem qualificados para atender os usuários classificados como de urgência/emergência.

Em termos de gestão do QualiSUS, a determinação de objetivos estratégicos na alocação e otimização de recursos humano-sociais, tecnológicos e metodológicos deve levar a estabelecer, com eficácia, a gestão do programa supracitado de forma sustentável, cumprindo seu papel social e mantendo interface com a ambiência na área de saúde.

Nos âmbitos ideológico e de continuidade desse programa, o Governo Federal, em 2008, ratifica a continuidade do QualiSUS quando formaliza, por meio da Portaria nº 2.972, de 9 de dezembro, como prioridade, a organização e a qualificação de redes locais de atendimento às urgências (BRASIL, 2008). Ainda pela mesma Portaria, são estabelecidos nos anexos os pré-requisitos para que outros serviços de urgência/emergência possam ser contemplados com esse programa.

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Epistemologicamente, o termo Humanização nos reverte ao Renascimento humanístico, e vem sendo modernizado e cada vez mais utilizado em áreas diversas do conhecimento, como saúde, economia e administração. Na saúde, esse termo vincula-se à política de direitos humanos e é formatado como um atributo do homem, uma vez que este é capaz de intervir na natureza e no seu destino para tornar sua presença infinita (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Esses autores colocam também para reflexão a visão de que a Humanização na saúde se reporta à idéia de que este processo pretende minimizar conflitos e fazer das relações um consenso no qual a negociação tenha espaço privilegiado.

Para Delandes (2004), o processo da humanização está focado na melhoria continuada da atenção prestada ao usuário / trabalhador de saúde e incorporado como uma qualidade essencial às relações interpessoais.

A humanização na saúde, segundo Fortes (2004), se expressa pelo entendimento que os profissionais de saúde devem ter de que cada indivíduo (usuário) é único, com necessidades e expectativas diferentes, sendo sua a responsabilidade de criar condições para que ele possa exercer sua autonomia.

Ainda segundo o pensamento do mesmo autor, no início dos anos 70, há, simultaneamente, tanto a discussão sobre humanização no início dos anos 1970 como a discussão sobre os direitos dos pacientes em Boston. No Brasil, essa discussão sobre humanização inicia-se na década de 90, sendo descrita na Cartilha dos Direitos dos Pacientes em 2001 e formalizada em 2003, por meio do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Essa discussão sobre humanização se amplia a partir de 2003 para todos os níveis de atenção e de assistência à saúde, com a denominação de HumanizaSUS.

O HumanizaSUS é uma Política perpassa todas as ações de saúde, em todos os níveis de atenção e graus de complexidade, traçando diretrizes específicas para cada nível de atenção. É definida como um conjunto de princípios que traduz como devem ser as relações entre os profissionais e usuários, entre os diversos profissionais, entre as diversas unidades de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (BRASIL, 2004b).

A Política Nacional de Humanização (PNH) estabelece também que a temática Humanização deve ser o eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as

instâncias do SUS. Traduz-se como sendo essa temática promotora de ação integral, equânime, responsável, com vínculo, valorizando a ação do trabalhador, contribuindo com a democratização da gestão e promovendo o controle social participativo.

Assim sendo, a política de Humanização não poderia estar do lado de fora, alienada, mas também entre as diretrizes do Programa QualiSUS, não só quando se aventa a integralidade, mas sobretudo quando se aborda o Acolhimento. Assim, o Acolhimento está presente em todas as ações que envolvem as relações interpessoais entre usuários, colaboradores e gestores (BRASIL, 2006b).

Nas diretrizes da Política Nacional de Humanização na Atenção às Urgências/Emergências estão estabelecidas: o Acolhimento, o Acolhimento com Classificação de Risco, que garanta, além de atendimento do usuário de forma acolhedora, acesso por nível de gravidade e não mais por ordem de chegada; o comprometimento da unidade de saúde com o sistema de referência⁹ e contrarreferência¹⁰, quando indicada, realizada de forma segura e baseada na necessidade do usuário; melhoria da resolutividade nos serviços de urgência¹¹/ emergência¹² e na unidade hospitalar e a definição de protocolos clínicos que garantam a eliminação de procedimentos desnecessários e a adoção daqueles pautados na real necessidade do usuário (BRASIL, 2004a).

Entre as ações que envolvem o processo de acolhimento está a Ambiência, que é entendida no âmbito da saúde como “[...] tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2009b).

A Ambiência segue três eixos: confortabilidade focada na privacidade, com valorização de odores, cores formas e luzes; espaço de encontro entre os sujeitos, que impõe sítios de trabalho com recintos prazerosos e funcionalmente adequados e arquitetura como instrumento facilitador de transformações do método de trabalho, ou seja, um ambiente que possibilite as práticas do cuidar com conforto e segurança para usuários e trabalhadores.

Assim, entende-se como adequado que o grupo de trabalho da implantação do Programa QualiSUS deve ter interação com profissionais da área de arquitetura. Tais profissionais devem agregar valores estéticos ao serem responsáveis pelos projetos

⁹ Referência é a estratégia de encaminhar usuários para serviços de maior complexidade, previamente acordados, visando complementar a resolubilidade da unidade de saúde.

¹⁰ Contrarreferência é o ato formal de encaminhamento do usuário à unidade de saúde que o referiu, após resolução da causa da referência. A contrarreferência deve sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento do usuário na unidade de origem.

¹¹ Urgência corresponde à unidade para atendimento imediato a pacientes graves, porém sem risco elevado ou iminente de morte.

¹² Emergência é a unidade para atendimento imediato a pacientes graves e com risco iminente de morte.

arquitetônicos e de instalações prediais que interajam com a gestão do programa QUALISUS no contexto da ambiência¹³.

A ambiência está atrelada à conjuntura de forma produtiva, quantitativa, qualitativa. Em outras palavras, deve haver interação das cores, das formas arquitetônicas com os espaços hospitalares de forma integrada, adequando espaços que também devem contemplar o cuidado com a Biossegurança¹⁴ para usuários e trabalhadores.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Historicamente, a partir da Política Nacional de Atenção às Urgências, fundamentada nos princípios do SUS, tais princípios estão vinculados às diretrizes que direcionam o conceito de Integralidade, como a Universalidade, da Participação Social, a Humanização da Assistência e a Descentralização das ações. Dessas diretrizes, as três primeiras coincidem com os princípios definidos na Constituição brasileira, a partir do processo da Reforma Sanitária, para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b).

Entre as ações propostas por essa política, estão contempladas: a organização da assistência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas equipes de Saúde da Família e na rede hospitalar (móvel, fixa e de urgência) até os cuidados de recuperação e reabilitação, nos quais se inclui a assistência domiciliar. Abrange-se ainda a atuação dos profissionais nas demandas que promovam a prevenção ou minimização dos riscos de acidentes e agravos à saúde.

Isso significa que se trata de uma política para a saúde do usuário, de caráter universalizante e racionalizadora, dado que, ao desenvolver ações preventivas, como já descritas, pode-se evitar uma demanda desnecessária nos serviços de urgência/ emergência. Assim, do ponto de vista de gestão, não se pode discutir uma política de forma isolada, mas com um teor participativo como elemento de um Sistema de Saúde hierarquizado, regionalizado e descentralizado.

Para que seja possível a operacionalização das ações a que o QualiSUS e propõe, tem-se uma política formalmente definida em portarias ministeriais, que instituem, constituem, regulamentam ou estabelecem funções para usuários, trabalhadores e gestores, além de incentivos e/ou parâmetros técnicos, administrativos e financeiros.

¹³ Ambiência é entendida como o foco no atendimento pleno ao cidadão.

¹⁴ Biossegurança: objetiva criar um ambiente de trabalho no qual se promova a contenção do risco de exposição a agentes potencialmente nocivos ao trabalhador, aos usuários e ao meio ambiente, de modo que este risco seja minimizado ou eliminado.

Dentre as portarias ministeriais que constituem a Política Nacional de Atenção às Urgências, destaca-se a Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e propõe sua implantação em todos os Estados da Federação. Ela surgiu da necessidade de se estruturar uma rede de serviços de urgência regionalizada, descentralizada e hierarquizada por nível de complexidade, diminuindo com isso a concentração do atendimento nos prontos-socorros das capitais. Tal concentração, além de tornar precário o atendimento, ainda o torna demorado e determina um risco maior de sequelas ou morte do usuário (BRASIL, 2003).

O artigo 2º da referida Portaria estabelece que os sistemas de urgências, nas três esferas de governo, devem-se organizar de tal forma que permitam, entre outras ações, a qualificação da assistência e a promoção da Educação Permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, de acordo com o Princípio da Integralidade e as diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Assim, ao se definir uma Política para o atendimento aos usuários em situações de urgência/emergência, torna-se necessário que, paralelamente, se estabeleça uma Política de Educação Permanente que incorpore os avanços tecnológicos e o conhecimento científico.

3.4 DIRETRIZES E MARCO REGULATÓRIO DO QUALISUS

A regulamentação do programa QualiSUS estabelece que suas ações contemplam os componentes pré-hospitalar fixo (nas unidades não hospitalares de atenção às urgências) e hospitalar da rede de atenção às urgências (BRASIL, 2007).

Segundo essa regulamentação, as principais diretrizes do QualiSUS são:

- a) Estruturação da atenção à saúde nas urgências mediante critérios de acolhimento, com dispositivos de classificação de riscos, vínculo, resolubilidade, integralidade e responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários na rede de serviços;
- b) Implementação dos comitês gestores de urgência municipais e regionais, como espaços de integração, de pacto e de responsabilidades, articulados com os Complexos Reguladores e as Centrais de Leitos Hospitalares;

- c) Ambiência que valorize os espaços acolhedores e propicie processo de trabalho estabelecido a partir de níveis de necessidades nos serviços de saúde;
- d) Ampliação e fortalecimento do controle social, por meio da implantação da gestão democrática e participativa nos serviços de saúde;
- e) 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 nos serviços hospitalares, integrando os serviços com os Núcleos de Educação em Urgências e Centros Formadores;
- f) Oferecer condições tecnológicas aos estados e municípios para que desenvolvam uma efetiva regulação, controle e avaliação de seus sistemas de saúde; e
- g) Diminuição de mortes evitáveis em situações de urgências.

O Programa de Qualificação do Sistema de Atenção Integral às Urgências pressupõe: a organização do sistema de saúde para este tipo de atenção, estruturada por meio da organização de atenção pré-hospitalar fixa, prestada pela rede básica de atenção e também por uma rede de unidades não hospitalares de Atenção às Urgências; a continuidade da implantação do atendimento pré-hospitalar móvel, por meio da ampliação e qualificação progressiva da Rede Nacional SAMU-192, instituída pela Portaria nº 1864/GM, de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003).

O QualiSUS prevê, ainda, a organização e a qualificação dos hospitais com portas abertas às urgências para dar suporte resolutivo ao Sistema de Urgência, por meio da reorganização do processo de trabalho, da implantação das suas diretrizes e da definição de leitos hospitalares dedicados à recuperação definitiva dos pacientes após a estabilização da situação de urgência e de serviços de hospital-dia, centros de reabilitação e de atenção domiciliar, a partir da política de regulação local e por intermédio dos complexos reguladores (BRASIL, 2006b).

A definição de Qualificação do Sistema de Atenção Integral às Urgências é centrada na dimensão técnica dos profissionais, na capacidade prática e no conhecimento tecnicista dos processos de trabalho, que se desenvolvem mediante capacitação e experiências vividas por cada qual, no curso do trabalho.

Considerando-se a temática de qualificação dos hospitais, esta requer muito mais do que qualificar pessoas ou adquirir modernas tecnologias para diagnósticos e tratamentos. É necessária uma determinação da gestão compartilhada, em conjunto com colaboradores e com os serviços de referência e contrarreferência, para melhorar a resolubilidade do atendimento, dando respostas mais ágeis e de melhor qualidade, em um menor espaço de tempo.

Por um lado, este processo de qualificação dos hospitais envolve mudanças na organização dos processos de trabalho, com padronização de condutas, definição de fluxos e releitura das formas de pensar e agir dos profissionais diante da dor e do sofrimento do outro. Por outro lado, exige um processo de mudanças de caráter cultural por parte do usuário dos serviços de saúde, que muitas vezes procura as unidades de urgência, antes de buscar atendimento em unidades de menor grau de complexidade e mais indicadas para a resolução do seu problema de saúde.

Uma das justificativas apresentadas pelos usuários para que procurem as unidades de urgência/emergência para atendimentos de menor complexidade se dá em virtude de não encontrar uma rede básica estruturada para seu atendimento (RODRIGUES, 2008)

O Programa QualiSUS estimula o estabelecimento de parcerias entre as esferas de governo (federal, estadual, municipal) e organizações tanto da área de saúde como de ensino superior. Para esta ação ocorrer, o hospital deve estar inserido no sistema de urgência, pactuando, com responsabilidade, com a rede de referência e contrarreferência e participando do Comitê de Urgência em interação efetiva com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O QualiSUS tem como objetivos garantir a resolução diagnóstica e terapêutica, a existência de profissionais capacitados, uma estrutura física adequada, a incorporação tecnológica necessária e protocolos clínicos preestabelecidos, respeitando-se os direitos dos usuários ao acolhimento, ao conforto, à privacidade, à informação, ao aprimoramento e à democratização da gestão por meio da gerência colegiada, ouvidoria e contratualidade de resultados (BRASIL, 2006b).

Como citado anteriormente, as diretrizes do QualiSUS incluem o Acolhimento, o Acolhimento com Classificação de Risco, a Resolubilidade, a Integralidade, a Organização do

Processo de Trabalho, a Gestão Participativa e Democrática, a Política de Educação Permanente e as condições tecnológicas adequadas.

O acolhimento é uma ação que pressupõe a mudança da relação entre profissional e usuário e sua rede social. Utilizam-se parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção dos serviços de saúde. É um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo, no serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas às necessidades dos usuários.

O acolhimento implica prestar atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência. Articulações com esses serviços devem ser estabelecidas de modo a garantir a eficácia do encaminhamento (MASSARO; ABBÊS, 2007).

Conforme o pensamento desses autores, o acolhimento, por definição, não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica compor saberes, necessidades, possibilidades, angústias e intervenções, de modo a conduzir o atendimento ao usuário. Desse modo, o acolhimento se diferencia da triagem, pois aquele não se constitui como uma etapa do processo, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços de saúde. Operacionalizar o acolhimento como diretriz requer uma atitude de mudança no fazer em saúde, implicando concentrar atividades para ampliar a capacidade de escuta e resolutividade, a partir da postura de acolhimento, utilizando-se de tecnologias relacionais e acúmulos de informações.

Usualmente, o acolhimento é constituído por agentes de recepção e assistentes sociais, que estabelecem o primeiro contato com o usuário e/ou familiar. É preferencialmente desprovido de barreira física (vidros, balcões altos, etc.) e munido de capacidade informativa e resolutiva, adquiridas a partir de capacitações específicas (BRASIL, 2006b).

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Constitui-se em mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou o grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (critério burocrático).

A Classificação de Risco é constituída por atividades realizadas pela enfermeira que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam de tratamento

imediatamente, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento, e providencia, de forma ágil, o atendimento adequado a cada caso. Desta maneira, exerce-se uma análise (avaliação técnica) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos os usuários serão atendidos (BRASIL, 2006b).

São quatro os níveis de risco a que a Classificação de Risco obedece, sendo simbolizados pelas cores: vermelho, amarelo, verde e azul. A cor vermelha se caracteriza como prioridade zero, quando o estado do paciente é classificado como uma emergência e, como tal, necessita de atendimento imediato. O segundo nível é de cor amarela, que significa prioridade um, e o atendimento do usuário deve ser feito em, no máximo, 15 minutos. O terceiro nível é o de cor verde, no qual há prioridade, entretanto não se configura como emergência ou urgência, porém deve ser atendido em, no máximo, 30 minutos, e, finalmente, o quarto nível, o azul, corresponde a uma consulta por ordem de chegada (BRASIL, 2009b).

A estratégia da classificação de risco ainda impõe que o usuário seja atendido sempre que procurar o serviço. Pode-se, então, inferir que, além de manter as unidades com maior número de atendimentos do que é devido, ainda dificultará o processo de aprendizagem, pelo usuário, sobre o local que deve procurar, de acordo com a complexidade ou grau de sofrimento que apresentar.

A Atenção por Nível de Complexidade remete ao conceito de “ambiência”, que se refere ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais. Tal espaço deve proporcionar uma atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem *versus* espaço (MASSARO; ABBÊS, 2007).

A ambiência inclui ainda espaços previamente determinados para atendimento por nível de gravidade, conforme dito anteriormente, que são representados pelas cores vermelha, amarela, verde e azul.

Para atendimento aos usuários dentro da estratégia estabelecida pelo QualiSUS de Classificação de Risco, além das cores estabelecidas pela ambiência, destaca-se a existência de protocolos preestabelecidos, para que seja possível classificar o usuário por critérios de gravidade ou grau de sofrimento.

Diferentes protocolos de classificação de risco foram concebidos nos diferentes continentes dos quais, como exemplo, podem ser citados: o de Andorra, Austrália, Canadá e Manchester. No Brasil, tem-se conhecimento de hospitais que adaptaram protocolos internacionais à sua realidade local, como o Hospital Odilon Behrens em Belo Horizonte, e o

Hospital Mario Gatti no Município do Rio de Janeiro. Esses serviços implantaram toda a metodologia de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) preconizada pelo programa QualiSUS (Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco, 2008.)

Como observado pela fonte acima referenciada, quando se comparam os protocolos utilizados no Brasil, observa-se que estes contemplam muitos aspectos que estão preconizados pelo QualiSUS, sendo que o protocolo do Hospital Odilon Behrens se apresenta mais detalhado e com informações sobre a sintomatologia ou queixa, acrescido de outras variáveis que podem categorizar o usuário em níveis diferentes de complexidade. Por sua vez, o protocolo do Hospital Mario Gatti, nesse aspecto, é mais simplificado e deixa a avaliação a critério da experiência e da percepção do avaliador.

A equipe de acolhimento do Hospital Odilon Behrens não é composta por enfermeiras como preconiza o Programa QualiSUS, bem como não está claro o papel de cada profissional da equipe (GBACCR, 2008). Parece caber apenas à enfermeira a execução dos registros, mesmo não sendo esclarecido quem realiza a classificação, uma vez que, dos membros da equipe, apenas o médico e a enfermeira estão capacitados para a execução dessa atividade.

É possível inferir que existem semelhanças entre os dois protocolos no que se refere às cores por nível de complexidade: apesar das nomenclaturas diferentes, o sentido epistemológico é o mesmo. As diferenças contemplam as equipes de classificação de risco, que não são as mesmas, e, no caso do Hospital Mario Gatti, utiliza-se o nome equipe de triagem para a equipe de acolhimento, o que configura uma nomenclatura nunca utilizada pelo QualiSUS.

Um elemento importante diferenciado nos dois protocolos é que, no Hospital Odilon Behrens, os usuários classificados pela cor azul podem ou não ser atendidos, embora sejam referenciados com garantia de atendimento. Já no protocolo adotado pelo Hospital Mario Gatti, todos são atendidos, o que não mudará a cultura da população em procurar os serviços de urgência/emergência para atendimentos que deveriam ser realizados em unidades básicas. Isso acarreta, nas unidades de urgência/emergência, longas filas de espera e sobrecarga de trabalho para os profissionais no atendimento a usuários fora do perfil da unidade.

Porém, o que mais chama atenção nos protocolos citados é que, nos dois hospitais analisados, existem atendimentos pediátricos (incluindo neonatologia) e de adultos. Nenhum desses protocolos, porém, faz qualquer referência aos pequenos cidadãos ali atendidos e que,

para participarem da classificação de risco, necessitam de protocolos específicos para pediatria, uma vez que seus parâmetros de gravidade variam dentro da própria especialidade.

As diretrizes que incluem Resolubilidade estabelecem que, sendo este um conceito relativo, envolve a melhoria da atenção às urgências em todos os níveis de atenção, com a qualificação dos trabalhadores e a aquisição de modernos equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, associadas à classificação de risco e ao estabelecimento da garantia do atendimento do usuário que procura a rede de urgência/ emergência e não está classificado com esse perfil, na rede básica. Podemos, então, inferir que essa diretriz se estabelece sem maiores esforços, pois o usuário terá sua condição momentânea de saúde resolvida (RODRIGUES, 2008).

Ainda com relação às diretrizes do QualiSUS, a Integralidade¹⁵ faz parte deste programa, à medida que responsabiliza o profissional e a unidade de saúde pela prestação do cuidado, desde as ações preventivas até as de reabilitação, que impõem a continuidade do cuidado.

A organização do processo de trabalho é conquistada pelo trabalho conjunto dos comitês estaduais e locais, que, junto com os profissionais que atuam no processo de cuidar, se responsabilizam por viabilizar as condições para que se façam as mudanças necessárias na rotina do serviço, na melhoria dos fluxos, no estabelecimento de protocolos assistenciais, com vistas à prestação de um atendimento adequado e resolutivo.

A gestão participativa e democrática requer a presença da comunidade nas decisões da gestão da unidade de saúde. Nesse contexto, deve haver membros da comunidade com presença garantida nas decisões institucionais, democraticamente designadas.

Essas diretrizes preconizam uma política de educação permanente para todos os trabalhadores envolvidos nesse processo, bem como adequadas condições tecnológicas, que possam garantir a resolubilidade no atendimento aos usuários (MASSARO; ABBÊS, 2007).

3.5 O QUALISUS NO ESTADO DA BAHIA

As diretrizes do programa QualiSUS no Estado da Bahia são as mesmas estabelecidas nacionalmente, permitindo adequações às realidades regionais (BRASIL, 2004).

¹⁵ Integralidade: é um princípio do SUS que o responsabiliza pelo cuidado de todas as demandas dos usuários. (BRASIL, 2007)

No Estado da Bahia, as metas para implantação efetiva do programa incluem a incorporação de novas tecnologias de gestão do cuidado prestado aos usuários, reforma e ampliação da estrutura física das unidades hospitalares, com prioridade das unidades de urgência/emergência e aquisição de equipamentos para a incorporação tecnológica necessária ao bom atendimento (BAHIA, 2006b).

O aprazamento estabelecido pelo comitê Nacional do QualiSUS para que as nove unidades pactuadas estejam efetivamente com as ações de Acolhimento e Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) implantadas, foi o mês de janeiro de 2008, quando, a partir das supervisões técnicas realizadas pelo Comitê Gestor, foi dado o suporte técnico para que o programa fosse implantado de acordo com as normas estabelecidas pela Portaria Ministerial (BAHIA, 2007).

Na Bahia, como metodologia de implantação do QualiSUS, foi realizada uma oficina preparatória para os membros dos Comitês Gestores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e das seis unidades pactuadas e das três em processo de efetuação do pacto. Esta oficina teve a duração de sessenta e oito horas e seu objetivo foi instrumentalizar a implantação das ações nas unidades de emergência.

Dos nove hospitais participantes do pacto entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e o Ministério da Saúde, três são de alta complexidade e os outros seis são de média complexidade, porém todos estão sendo representados no comitê gestor estadual.

A SESAB nomeou um Comitê Gestor Estadual para acompanhar as ações descentralizadas e dar suporte técnico aos hospitais onde o QualiSUS foi pactuado. Por sua vez, cada hospital objeto do pacto nomeou um comitê gestor local para que pudessem ser implantadas as ações estabelecidas pelo programa, obedecendo as suas especificidades e à demanda local.

Cada membro do Comitê Gestor Estadual é responsável pelo apoio técnico de uma unidade hospitalar pactuada, para estabelecer intercâmbio entre a unidade hospitalar e a SESAB, a fim de solucionar não conformidades que porventura venham a interferir na reforma e adequação das unidades hospitalares junto com o serviço de engenharia da Secretaria. Também deve acompanhar a aquisição de equipamentos e outros encaminhamentos que se fizerem necessários para o funcionamento do programa naquela unidade.

O programa QualiSUS pretende que o atendimento nos serviços de urgência/emergência seja realizado em um contexto considerado ideal, no qual os usuários

sejam acolhidos com tempo reduzido, adequado para uma emergência, sendo capaz de poupar mortes evitáveis, sequelas e sofrimento prolongado.

A implantação desse programa em uma unidade de saúde requer muito mais do que a participação de profissionais e usuários dos serviços de urgência/emergência. Ela envolve toda a rede de serviços existentes no município e traz como resultado, um usuário atendido de pronto, conduzido e orientado para a demanda a que se destina.

Como resultado da implantação do QualiSUS, advém a existência de serviços com fluxos organizados, protocolos clínicos instituídos, levando a um atendimento rápido dos usuários, a uma demanda adequada para o serviço ao qual se destina, além de custos operacionais reduzidos, uma vez que os doentes não necessitem se deslocar para unidades de urgência/emergência, quando conhecem e lhes são ofertados serviços de rede básica capazes de atendê-los de forma preventiva.

A implantação do QualiSUS requer um atendimento de qualidade ao usuário em toda a rede de atenção à saúde. Por um lado, esse atendimento adequadamente referenciado é garantido quando houver necessidade, e traz para a rede SUS uma redução significativa de custos. Ocorre essa redução por ser possível, atuar preventivamente ante as doenças e agravos que podem levar o indivíduo ao risco de morrer. Por outro lado, operacionalmente, traz os Princípios da Integralidade, Universalidade e Participação Social, preconizados pela Constituição brasileira quando formaliza as diretrizes do SUS.

4 SISTEMA DE AVALIAÇÃO

4.1 SISTEMA DE AVALIAÇÃO: PROGRAMA QUALISUS

Este capítulo objetiva descrever o Programa QualiSUS conforme Portaria Ministerial nº. 3.125 de 07.12.2006.

Assim sendo, por um lado considera-se que a avaliação supracitada está imbricada na seguinte trilogia dimensional: estrutura, processo e resultado. Por outro lado, a avaliação do Programa QualiSUS nos leva a medição da qualidade desse programa, e na qual se relaciona com essas dimensões, e que assim se contextualiza:

Quanto à primeira dimensão, a “Estrutura”, foi considerada três aspectos: os Tecnológicos, a Educação Permanente e a Ambiência. Quanto à segunda dimensão, “o Processo” se incorporou oito aspectos: à existência de comitê gestor nomeado, o funcionamento do acolhimento, o funcionamento do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), a integração entre os municípios e o estado, o funcionamento da Central de Regulação de leitos, a existência de sistema de marcação de consultas, existência e uso de Protocolos sobre acolhimento de Protocolos de ACCR, e de Protocolos Assistenciais.

Finalmente, quanto a terceira e última dimensão que se denomina como “Resultado” foram considerados três aspectos: o tempo de permanência do usuário na emergência (do início ao final do atendimento), o Coeficiente de Mortalidade a menos de 24h na emergência, e a existência de opinário sobre grau de satisfação dos usuários e familiares.

Historicamente, a busca por qualidade na área de saúde tem-se vinculado a

relatórios, tais como o Relatório Flexner¹⁶, bem como a programas do tipo “Medicare” e “Medicaid” que nos remetem a década de 1960, quando se buscou estabelecer programas que avaliam o grau de cuidados médicos.

Contemporaneamente as melhorias de qualidade na área de saúde por um lado se atrela ao aumento de custo na área de saúde, assim não sendo possíveis serem alcançáveis em tempos atuais, por outro lado esses fatos nos remetem a busca por qualidade na visão clássica da década de 1910 quando se emitiu o Relatório Flexner nos Estados Unidos (MENDES, 1994).

Esse tipo de programa leva a vinculá-lo a serviços médicos de um determinado hospital. Esse fato traz como promoção a realização de sistemáticas auditorias médicas, igualmente prescrito no QualiSUS. Entende-se que a busca por qualidade promove tanto relatórios, como programas de avaliações nas quais se inserem os sistemas de auditorias.

Segundo Silva, (1991) no campo da avaliação também se apresentam respectiva evolução histórica e diversidade metodológica. Esse campo da avaliação tanto se caracteriza pelo método quantitativo versus qualitativo, como pela multiplicidade de questões consideradas pertinentes.

Assim, no campo da avaliação, considera-se que deve haver, por um lado, a clareza quanto ao objeto e, por outro lado o desenho metodológico a ser utilizado. Assim essa mesma autora se fundamenta para se proceder a uma avaliação na área de saúde.

Esse sistema de avaliação deve envolver estrutura, processo e gestão, como também as práticas cotidianas desenvolvidas pelos sujeitos no processo de trabalho, as atividades relacionadas com o planejamento e com a gestão, nas quais se incluem os gestores, profissionais e avaliadores, como se pretende avaliar o programa QualiSUS nesse estudo (SILVA, 1991).

Para Tanaka e Melo (2001) os indicadores de avaliação, na área de saúde devem conter aspectos referentes à estrutura, ao processo e ao resultado do que se quer avaliar. Assim, tanto se conceitua nessas três dimensões um modo significativo do que se quer avaliar, como se sinaliza a forma como se pretende, nesse estudo, avaliar o programa QualiSUS no Estado da Bahia.

¹⁶ Relatório Flexner Report: relatório elaborado por Abraham Flexner com proposta de modificação do modelo de educação médica. Antes da avaliação feita por Flexner as escolas de medicina eram fundadas sem critérios de admissão, sem padronização de conteúdos, sem obrigatoriedade de equipamentos, com tempo de duração dos cursos diferenciados e ainda não necessitavam ser vinculadas a nenhuma universidade e a partir desse relatório as escolas de medicina passaram a ter estrutura científica (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Os mesmos autores ainda discutem que a avaliação na área de saúde requer o conhecimento prévio, tanto teórico, como empírico, sobre o que existe disponível de informações acerca do objeto ou da ação que será avaliada, possibilitando assim com maior densidade, a realização da busca das possíveis causas, ao contrário de se realizar um diagnóstico situacional dos efeitos, ou em outras palavras, daqueles fatos que demandam apenas da avaliação momentânea do objeto, ação ou situação (TANAKA; MELLO, 2001).

Pode-se citar dentre outros, Avedis Donabedian como o pesquisador americano e um grande estudioso sobre avaliação da qualidade em serviços de saúde. Esse autor consolida como conceito de qualidade da área de saúde algo que pode ser variável e somente se legitima de acordo com o contexto no qual está inserido. Para este autor, a avaliação dos serviços de saúde conta com três dimensões diferentes, sendo possível sua avaliação de acordo com: estrutura, processo e resultado, como serão delineados nesse estudo (BONATO, 2004; CAMPOS, 1988; MENDES, 1994).

Na dimensão da avaliação “*Estrutura*”, utiliza-se categorias como: recursos materiais, humanos e características organizacionais. Quando o enfoque é sobre o “*Processo*”, avaliam-se as atividades constitutivas do cuidado à saúde. Por fim, a avaliação na dimensão de “*Resultados*”, constitui-se em avaliar produtos, e modificações no estado de saúde da população e satisfação do usuário (SILVA, 1991). No caso deste estudo, esses foram os três componentes privilegiado na avaliação do QualiSUS.

A partir da abordagem sistêmica aludida por Donabedian e utilizada como referência teórica nesse estudo, se pode pressupor que os serviços de saúde possam ser avaliados em uma única dimensão, contudo, para a autora supracitada, é recomendado o uso das três dimensões.

A autora ainda complementa quanto ao uso das três dimensões, sob o ponto de vista operacional, onde se tem uma realidade nos hospitais do estado da Bahia que se torna inexecutável implantar um sistema de avaliação.

Justifica-se esse fato em função de haver falhas nas informações quando se refere à dimensão resultado. Essas falhas se associam a precariedade do sistema de informação sobre os dados gerenciais e dados operacionais que não permite conhecer os dados reais sobre a dimensão de informações¹⁷.

Quando se trata de dimensões do sistema de avaliação, observa-se que tanto

¹⁷ Pensamento da própria autora

existem atributos para a avaliação da qualidade nos serviços de saúde, como se pode referenciar, dentre outros atributos, para as unidades de urgência/ emergência, os seguintes exemplos, abaixo citados, e que se relacionam a:

- a) Disponibilidade e distribuição social dos recursos nos quais se incluem a cobertura, a acessibilidade e a equidade;
- b) Efeito das ações que compreendem: a eficácia, a efetividade e o impacto.
- c) Custo das ações e a eficiência;
- d) Adequação das ações ao conhecimento científico em vigor (avaliação da qualidade técnico-científica);
- e) Percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários e a acessibilidade).

Ainda de acordo com a abordagem de avaliação da área de saúde proposta nesse estudo e baseada nos pressupostos de avaliação preconizados por Donabedian (1980), são apontados indicadores de estrutura, processo e resultado.

Na dimensão resultado, temos como indicador a resolubilidade. Esse indicador, que está proposto na portaria que institui o programa QualiSUS, têm inúmeras variáveis o que inviabiliza a sua indicação nesse estudo, como indicador de avaliação, em virtude do curto tempo estabelecido na conclusão da pesquisa.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde ao longo do tempo centrou a sua atenção tanto na produção de serviços e, na questão econômica como tecnológica, não contemplando assim uma avaliação com a densidade necessária e suficiente para se medir a eficácia como sendo um serviço destinado à prevenção, promoção e estabelecimento da saúde, percepção do usuário e menos ainda se centrou a atenção na avaliação do cuidado recebido.

Ainda segundo Mendes, (1994) não há ainda consenso na atribuição de valores para a qualidade em serviços na área de saúde, nem para definir quais características deve possuir um serviço para que seja considerado de qualidade.

Da mesma forma, não há para a iniciativa de atribuir qualitativamente padrões de excelente, ótimo, ruim ou péssimo aos serviços, entretanto sendo a qualidade um conceito relativo está sempre associado com o bom cuidado (MENDES, 1994).

Na área de saúde, movimentos em prol da qualidade de serviços para o cidadão

datam de 1910, contudo, no Brasil, tal mecanismo utilizado pelo Ministério da Saúde para avaliar os serviços de saúde, sistematicamente, somente ocorreu em 1988, com a criação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Esse sistema de avaliação do programa utiliza predominantemente indicadores de Estrutura e de Processo para a sua avaliação e agrega como indicador de resultado apenas a “satisfação do cliente”.

Permite-se assim, uma avaliação da expectativa deste, frente ao resultado e não efetivamente o resultado que seria desejado do ponto de vista técnico, ficando a avaliação, inclusive, condicionada ao entendimento do usuário a cerca do que necessita para ter resolutividade no seu processo de saúde-doença, estando ainda este processo avaliativo em fase de evolução. A cada avaliação do PNASS se evolui do ponto de vista metodológico, para a criação de indicadores mais eficazes (BRASIL, 2007).

Para Donabedian (1988, 1990 apud Mendes 1994), a qualidade do serviço de saúde é atribuída à qualidade do cuidado médico prestado ao usuário. Assim, o autor centrando-se no cuidado médico, o divide em: cuidado técnico, relações interpessoais e amenidades. Mais tarde, Donabedian (1990) afirma que a qualidade do cuidado médico para a saúde do usuário está centrada nos seguintes pilares: eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Observa-se que Donabedian já havia incorporado na prática avaliativa, desde 1980, os pressupostos da política de humanização do cuidado. Ressalva-se que se tratava da relação interpessoal no cuidado médico. Observa-se que, mesmo ainda estando com a visão do cuidado centrado no médico, percebia-se a questão da ambiência e do acolhimento como parte integrante do processo de relação interpessoal.

Segundo Mendes (1994), os critérios citados por Donabedian, no que se referem às amenidades¹⁸ certamente não vão ser úteis para o usuário avaliar o cuidado técnico. Além disso, fatores de natureza social e econômica podem influenciar na avaliação da qualidade do cuidado técnico pelo usuário, já que, supostamente, esses possuem menor grau de conhecimento sobre o saber em saúde dos que os profissionais. Isso pode fazer com que o usuário na sua avaliação sobre qualidade, o faça com base nos critérios das relações interpessoais e nas amenidades, o que pode trazer dados não fidedignos para a avaliação.

Para o usuário dos serviços de saúde das unidades hospitalares de urgência /

¹⁸ Amenidades são componentes da dimensão estrutura, exemplo: limpeza, salas de espera climatizadas unidades de internação com cores adequadas, elementos p/o ambiente que aumentam o conforto e bem-estar do usuário.

emergência, que estão classificados¹⁹ na cor vermelha, que indica risco iminente de morrer, o fator tecnológico, o conhecimento técnico, bem como a habilidade dos profissionais que atuam no cuidado são, muitas vezes, essenciais para a sua sobrevivência. Entretanto para aqueles em condição de menor risco de vida, nos padrões de cor amarelo, verde ou azul preconizados pelo QualiSUS, certamente terão maior valor, o que pode ser percebido facilmente nos instrumentos de satisfação do usuário.

Portanto, podemos inferir, com base nos autores pesquisados, que a avaliação é uma ferramenta importante para os gestores das diversas organizações prestadoras de serviços de saúde, principalmente nos serviços hospitalares que possuem unidades de urgência/emergência. É através de um processo de avaliação que se pode conhecer o nível de eficácia e efetividade das ações na área da saúde, como também se tem condições, se necessário, de intervir de imediato em processos, de modo direcionar os resultados esperados.

4.2 SISTEMAS DE AVALIAÇÃO: ASPECTOS ESTRUTURAIS DO PROGRAMA QUALISUS.

A portaria que institui o Programa QualiSUS preconiza como uma das diretrizes desse programa, o “oferecimento de condições tecnológicas aos estados e municípios para que desenvolvam uma efetiva regulação, controle e avaliação de seus sistemas de saúde”[...]. (BRASIL, 2006b)

Fundamenta-se assim com tecnologias que venham priorizar de forma efetiva, dentre outras, a avaliação do sistema de saúde. Para tal finalidade aponta-se para a dimensão estrutura do programa QualiSUS.

A dimensão Estrutura no programa QualiSUS está associada, nesse estudo, aos componentes de condições vinculados à ambiência, à tecnologia e à política de educação permanente.

4.2.1 Aspectos Estruturais do Programa QualiSUS: Ambiência

O sistema de avaliação, na dimensão estrutura do programa QualiSUS, não deve deixar de estabelecer quais as condições ideais de ambiência. Para tal fim, as condições de ambiência englobam como cenário, tanto o espaço social, como o espaço profissional onde

¹⁹ A classificação de pacientes nas unidades de emergência baseia-se nos critérios de classificação de risco como vermelho, amarelo, verde e azul e respectivamente pressupõe do maior para o menor risco de morrer.

será prestada a assistência com acolhimento, humanização e resolubilidade. Nesse contexto estão inseridos o conforto dos usuários desse espaço e a facilidade de fluxo que se pode estabelecer (BRASIL, 2004a).

No que tange a ambiência se quer avaliar, segundo o mesmo autor, é o conforto do usuário e dos trabalhadores que devem atuar como qualificadores dos espaços, onde circulam esses cidadãos. Esse espaço deve agregar equilíbrio e harmonia entre cores, formas, odores, obras de arte, paisagismo e promover privacidade e individualidade do usuário e do trabalhador, facilitando assim, não só os processos de trabalho, como aproximando o usuário do seu cotidiano e desmistificando como aquele espaço de cor branca como sendo o ambiente hospitalar ideal, onde nesse contexto, o foco é apenas tratar de doentes.

Entende-se dessa forma que essa tipologia de ambiente tem como caminho, tradicionalmente, apenas tratar de doentes, e não seria essa a finalidade de se tratar à ambiência.

Para referendar essa questão de avaliação no contexto da ambiência, a padronização das condições de Ambiência referenciadas nesse estudo. Em um primeiro momento essas condições convergem para a separação da unidade de urgência / emergência em quatro espaços. Em um segundo momento, denomina-se esses espaços de forma distinta, ou seja: de área vermelha, área amarela, área verde e área azul. Tem-se ainda a subdivisão de cada área em outros espaços destinados ao atendimento dos usuários, obedecendo a seu nível de gravidade ou grau de sofrimento.

Considerando o grau de detalhamento da regulação, essa na reflexão do mesmo autor traz que a seguinte orientação: A área vermelha se destina ao atendimento dos usuários com risco de morrer, a área amarela está prevista para atendimento de usuários em sofrimento agudo ou com potencial risco de morte, estabilizados na área vermelha. Na área verde serão atendidos aqueles que estão em observação, oriundos da área amarela ou usuários que necessitam de pronto atendimento. Na área azul serão atendidos os usuários sintomáticos que serão referenciados para atendimento ambulatorial.

Como conclusão do estudo da ambiência, na dimensão estrutural, entende-se que esse espaço seja tanto profissional como social em grau de qualificação de excelência dito pelos usuários. Os ambientes destinados ao atendimento dos usuários nas unidades contempladas pelo programa QualiSUS devem ser climatizados, possuir boa iluminação, ser desprovidos de barreiras e conter os seguintes espaços:

- a) Sala de espera

- b) Recepção sem barreira²⁰
- c) Consultório para Acolhimento com Classificação de Risco
- d) Área vermelha com box para procedimento invasivo
- e) Área amarela com sala de retaguarda e sala de observação
- f) Área verde com sala de retaguarda e sala de observação
- g) Área azul com sala de apoio e sala de procedimentos
- h) Áreas de apoio: copa, sala de estar para equipe

4.2.2 Aspectos Estruturais do Programa QualiSUS: Tecnológicos

Os equipamentos estabelecidos para essa avaliação, de acordo com os espaços, sejam sociais ou profissionais, assim se determinam:

- a) Espaço de acolhimento: telefones com linha direta, aparelhos de fax, microcomputador com internet conectada.
- b) Recepção: telefone, microcomputador ligado à rede e com internet conectada
- c) Sala de espera: dispositivo para entretenimento.
- d) Consultório para ACCR: mesa para exame, monitor multiparamétrico, glicosímetro, suporte para soro, lanterna clínica, otoscópio, estetoscópio biauricular, sistema de gases, ventilador por pressão, balança adequada²¹ a idade do usuário, laringoscópio com jogo de lâminas, desfibrilador com cardioversor e aspirador.
- e) Área vermelha: carros maca, monitor multiparamétrico, glicosímetro, suporte para soro, lanterna clínica, otoscópio, estetoscópio biauricular, sistema de Gases, desfibrilador com cardioversor, ventilador por pressão, aspirador, biombo e mesa auxiliar.
- f) Área amarela: carros maca, monitor multiparamétrico, glicosímetro, suporte para soro, lanterna clínica, otoscópio, estetoscópio, sistema de gases, desfibrilador com cardioversor, ventilador por pressão, aspirador e biombo.

²⁰ Barreiras: se referem a presença de vidros, grades ou outro utensílio que seja traduzido como barreira para o usuário.

²¹ Balança adequada: de acordo com a idade do paciente: Para Recém-nascidos, crianças e adultos.

- g) Área verde: carros maca, monitor multiparamétrico, glicosímetro, suporte para soro, lanterna clínica, otoscópio, estetoscópio biauricular, sistema de gases, desfibrilador com cardioversor, ventilador por pressão, aspirador e biombo.
- h) Área azul: maca para exame, glicosímetro, lanterna clínica, otoscópio, estetoscópio biauricular, biombo, mesa de escritório e cadeiras.

As condições de tecnologias supracitadas está focada nos equipamentos, condições instrumentais necessárias ao bom desempenho assistencial hospitalar nas áreas de urgência / emergência. Contudo, a ambiência já tratada no item 3.2.1, e a educação permanente, também estão inseridas como tecnologias leves por se tratarem de condições estruturais para a gestão dessas unidades hospitalares.

4.2.3 Aspectos Estruturais do Programa QualiSUS: Política de Educação Permanente

Finalmente, tem-se como objetivo avaliar nos aspectos da dimensão estrutura, a política de educação permanente das unidades hospitalares pactuadas entre o Ministério da Saúde e o estado da Bahia. A primeira dificuldade desse estudo recai na definição dos conceitos de Educação Permanente e Educação Continuada.

Esses conceitos foram debatidos na sua essência quanto ao fato de se tentar traçar diferenças de limites quanto aos seus objetivos. Essas diferenças que promoviam conceitos contrários foram possíveis de ser harmonizadas, segundo Saupe e Massaroli (2005).

Hoje se percebe que os autores entendem que ambas significam igualmente um processo. Contudo, seja qual for a denominação que se dê a esse processo, se pode ter uma atualização cotidiana das práticas, aquisição de novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos que contribuem para a construção de relações e processos que insurgem do interior das equipes, com agentes e práticas organizacionais, incluem as práticas interinstitucionais e intersetoriais (SAUPE e MASSAROLI, 2005).

Para essas autoras, aborda-se como entendimento complementar conceitual que a Educação Permanente é uma Educação Continuada que ganhou status de política pública ao se estabelecer na área de saúde e foi denominada de Educação Permanente em Saúde. Seu início ocorreu após a formação básica para atualização e melhoria da capacidade de um profissional ou grupo, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais.

A educação permanente está alinhada à saúde, com a finalidade de se adquirir novas informações, envolvem-se atividades de duração definida, desenvolvidas através de

metodologias tradicionais e sem necessariamente serem demandadas pela organização de saúde.

Como conclusão, na dimensão Estrutura no que se refere ao componente de Política de Educação Permanente, essa se estabelece nesse estudo com os seguintes componentes:

- a) Existência de uma política de educação permanente para os colaboradores da urgência / emergência.
- b) Equipe multiprofissional que atua na urgência / emergência com treinamento específico de Suporte Básico²² e Suporte Avançado de Vida²³.
- c) Profissionais que trabalham no acolhimento, treinados para atuar no acolhimento.
- d) Profissionais que trabalham no ACCR, treinados para atuar no ACCR.

4.3 SISTEMA DE AVALIAÇÃO: ASPECTOS PROCESSUAIS DO PROGRAMA QUALISUS.

O sistema de avaliação quanto aos aspectos processuais estabelece que a sua avaliação está orientada, principalmente, para a análise da competência da equipe de saúde quanto ao encaminhamento dos problemas de saúde que os usuários apresentam. Esta avaliação se faz por comparação, daí utilizar-se de métodos comparativos a cerca dos procedimentos utilizados em diversos estabelecimentos de saúde (REIS e outros, 1990).

Para o sistema avaliativo, os processos devem ser o elemento primário da avaliação. Para tal finalidade avaliativa os processos conceitualmente compreendem o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre os usuários e os profissionais de saúde.

É a partir desses dois panoramas que se pode avaliar a relação supracitada e o primeiro das atividades fruto da relação entre usuário e profissionais de saúde, e o segundo panorama que aponta processos com foco teóricos / éticos e administrativos, e obtendo-se os resultados da assistência e percebendo a relação entre profissionais de saúde e usuários (DONABEDIAN, 1980).

²² Suporte básico de vida: curso para capacitação de profissionais e leigos para que possam utilizar medidas para restabelecer a vida de uma vítima em parada respiratória e em paragem cardíaca sem recurso de qualquer equipamento.

²³ Suporte avançado: curso de capacitação: Capacitação exclusiva para profissionais de saúde para que possam utilizar medidas de reanimação em casos de parada respiratória e parada cardíaca com utilização de instrumentos e insumos especificamente destinados a este fim.

Neste estudo, como dimensão de processo no programa QualiSUS, foi estabelecido os componentes de existência de comitê gestor nomeado, funcionamento do acolhimento, funcionamento do ACCR, existência de integração entre município e estado, existência de regulação de leitos, existência de marcação de consultas, existência de protocolos sobre acolhimento, existência de protocolos sobre ACCR e existência de protocolos assistenciais.

4.3.1 Aspectos Processuais do Programa QualiSUS: Existência de Comitê Gestor Nomeado

A regulamentação do programa QualiSUS, vincula ao sistema de avaliação em seu texto original como uma das suas diretrizes a ‘implementação dos comitês gestores de urgência municipais e regionais. “Entende-se como sendo o comitê, um espaço de integração, pactuação e responsabilidades, articulados com os Complexos Reguladores e Centrais de Leitos Hospitalares” (BRASIL, 2006b).

Neste estudo é preconizado que na avaliação do programa QualiSUS, as unidades hospitalares deverão ter constituído um comitê denominado de comitê gestor local, assim como dever ter constituídos comitês em nível estadual e municipal. Cada um desses comitês deve ser composto por colaboradores que estejam envolvidos direta ou indiretamente com o setor de urgência / emergência e tem como função primordial apoiar a implantação do programa naquela unidade hospitalar.

Esse apoio do comitê gestor local, dentre outros, prevê a identificação das não conformidades relacionadas com o atendimento ao usuário, que possam ser dirimidas com a implantação do QualiSUS, seja sensibilizando os trabalhadores e usuários do serviço ou mesmo mediando as ações entre a gestão do hospital e a gestão estadual ou municipal do QualiSUS (GUSMÃO FILHO, 2008).

Ao se fazer uma reflexão sobre a importância desse comitê, fixa-se o olhar na regulamentação do programa QualiSUS, no seu texto original, que formaliza em suas diretrizes a implementação dos comitês gestores de urgência municipais e regionais como espaço que também deve estar integrado, pactuado e responsavelmente articulado com os Complexos Reguladores e Centrais de Leitos Hospitalares (BRASIL, 2006b).

4.3.2 Aspectos Processuais do Programa QualiSUS: funcionamento do Acolhimento.

Para que se tenha o bom entendimento quanto ao funcionamento do acolhimento ou mesmo, o modo como operacionalizar os processos de trabalho na área de saúde, é necessário que se correlacionem os critérios com a política de humanização e as ações que envolvem os usuários.

Assim, a estruturação da atenção à saúde nos serviços de urgência/emergência estabelece que o programa QualiSUS, ancorada na Política de Humanização tenha os critérios de acolhimento como referência das ações que envolvem os usuários (BRASIL, 2006b).

A operacionalização desses processos consiste em atender de forma universal, com escuta qualificada²⁴, buscando a resolutividade pleiteada pelo usuário. Envolve, além disso, a responsabilização dos serviços pelo usuário como forma de garantir seu atendimento e se incorpora como ferramenta trazida da Humanização.

Ainda segundo o mesmo autor, o acolhimento se constitui um pré-requisito para a efetiva implantação do programa QualiSUS e deve ser um processo utilizado em todas as etapas de atendimento no serviço de urgência/emergência. Tais processos devem estar sistematicamente elaborados sob a forma de protocolos para que haja uniformidade nas ações (MASSARO e ABBÊS, 2007).

A uniformidade das ações se dá a partir da elaboração de protocolos que em administração, são denominados de procedimento operacional padrão (POP). Esses POPs, sendo um consenso da equipe de trabalho, devem ser elaborados pelos trabalhadores envolvidos nesse processo e revisados e aprovados pelo gestor da organização.

Ainda esses POPs, devem estar escritos, disponíveis para dirimir dúvidas, ser do conhecimento de todos e servir como padrão de conduta para todas as equipes, independente de ser o protocolo que a equipe executa em outra organização de saúde.

4.3.3 Aspectos Processuais do Programa QualiSUS: Funcionamento do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)

Para que se possa formalizar a implantação de um sistema de avaliação no respectivo programa, é preciso se implantar nas unidades de urgência / emergência o ACCR. O ACCR compreende um processo dinâmico que possibilita identificar, através da utilização de protocolos pré-estabelecidos, os usuários com risco de morte eminente ou sofrimento agudo para atendimento prioritário. Tem como finalidade além de priorizar os usuários que realmente

²⁴ Escuta qualificada: envolve a escuta pelo profissional de saúde da queixa do usuário, a identificação do risco de morrer e sua vulnerabilidade (ABES e MASSARO, 2007).

necessitam, diminuir o tempo de espera e proporcionar os encaminhamentos com maior eficiência (MASSARO e ABBÊS, 2007).

Como dito anteriormente, a existência de protocolos de classificação de risco é uma condição singular para um eficiente atendimento, uma vez que possibilita a todos os profissionais a execução sistematizada de uma mesma conduta. Tais protocolos, para que sejam eficientes como instrumental de gestão devem ser elaborados pela equipe do serviço de urgência / emergência. Estabelecem-se assim protocolos como instrumentos operacionais padrão e como tal obedecem ao consenso dos trabalhadores (DUARTE e outros, 2005).

Ainda o mesmo autor refere que o POP seja ele, um procedimento técnico ou gerencial, como uma ferramenta que vem sistematizar uma padronização de tarefas, podendo assim se garantir aos usuários que, se cumprido, teremos um serviço na área de saúde livre de variações indesejáveis na sua qualidade final.

Intencionalmente, existem vários protocolos de classificação de risco. Dentre estes pode-se citar como uma referencia os de Manchester, de Portugal, do Canadá, da Austrália e dos Estados Unidos.

No Brasil, o Ministério da Saúde ainda não adotou oficialmente um protocolo para ACCR nas unidades de urgência/emergência. Contudo, é do conhecimento dos especialistas das unidades hospitalares que existem dois protocolos sendo operacionalizados em hospitais públicos dos quais se podem citar: os implementados no hospital Odilon Behrens, em Belo Horizonte capital de Minas Gerais e no hospital Mario Gatti no município de Campinas, no estado de São Paulo. Esses foram adaptados dos protocolos internacionais²⁵.

Ainda a mesma autora discute que tanto o protocolo do hospital Odillon Behrens, quanto o do hospital Mario Gatti contemplam as quatro cores preconizadas pelo programa QualiSUS, a vermelha, a amarela, a verde e a azul. Esses protocolos se diferenciam ainda, a partir do momento em que na classificação de risco realizada no Hospital Odillon Behrens o usuário é classificado de acordo com a sintomatologia apresentada e queixas referidas acrescido da verificação dos sinais vitais e de alguns dados tais como idade, doenças de base.

Ainda traz como diferencial o critério de variados níveis de gravidade ou sofrimento dentro de um mesmo agravo. Os diferentes critérios e níveis de gravidade podem ser assim correlacionados, como por exemplo: a dor intensa é classificada como vermelho, prioridade dois e a dor moderada é classificada em amarelo, na prioridade três.

²⁵ Citado em artigo da autora pesquisadora: Souza, S E B. IX Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde. Uma Prática de Gestão da Assistência e do Risco. FGV. São Paulo, 2009.

Para o Hospital Mario Gatti a classificação de risco contempla um roteiro sistematizado, mais simplificado, onde em seu conteúdo considerar os dados de anamnese e exame físico (SOUZA, 2009).

Para esse estudo será considerado na avaliação o funcionamento durante tempo integral do Acolhimento e do Acolhimento com Classificação de risco nas unidades de urgência / emergência dos hospitais estudados.

4.3.4 Aspectos Processuais do Programa QualiSUS: Integração entre os Municípios e o Estado.

Para que se possa formalizar no programa QualiSUS um programa de avaliação nas respectivas unidades de urgência / emergência é necessário, como componente do estudo, se avaliar a integração entre o município e o estado.

Essa integração se configura em uma rede assistencial onde cada instância incorpora um nível de atenção e de tecnologia com a finalidade de melhor utilização dos recursos do SUS. Pretende-se que essa rede assistencial seja uma referencia pactuada entre os gestores dos diversos serviços existentes no município ou em outro município próximo, para que o usuário possa ser adequadamente referenciado, otimizando assim o seu atendimento.

Nesse contexto, a avaliação desse programa como estudo teórico-empírico é preconizada que haja integração / pactuação entre os municípios formando redes assistenciais (BRASIL, 2005a).

4.3.5 Aspectos Processuais do Programa QualiSUS: Funcionamento da Central de Regulação de Leitos

Não se poderia deixar de avaliar no programa QualiSUS a Central de Regulação de leitos. Confirma-se que essa central está contida como um dos componentes dos complexos reguladores assistenciais de urgência, de internação e de consultas. Entende-se esses complexos reguladores como sendo unidades de serviços onde se executam as ações regulatórias²⁶ nos estados e nos municípios.

Na Bahia, a exemplo de outros estados da Federação, esses complexos reguladores se dividem em estruturas organizacionais de acordo com o componente que

²⁶ Ações regulatórias: refere-se à organização do acesso dos usuários obedecendo a critérios de prioridade.

trabalham, ou seja, se divide em regulação de Urgência, que regula o atendimento pré-hospitalar e é executado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); regulação de internação, que executa a regulação dos leitos hospitalares e a regulação de consultas e exames que executa a regulação do acesso dos usuários a consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico especializado (BAHIA, 2003).

Nesse contexto, sua proposta normativa contempla que esteja em funcionamento a regulação de leitos hospitalares. Esses leitos deverão ser disponibilizados para os usuários das unidades de urgência / emergência para que seja possível se estabelecer, um menor tempo de permanência do usuário nessas unidades, reduzindo assim sua superlotação.

4.3.6 Aspectos Processuais do Programa QualiSUS: Sistema de Marcação de Consultas

Tem-se como valor agregado, para um bom atendimento do usuário, a implantação de um sistema de marcação de consultas. Esse sistema de marcação de consultas deve ser realizado, como dito acima, por uma central de regulação de consultas. Nesse contexto estão garantidas aos usuários, de forma equânime, as consultas especializadas, ficando sobre a responsabilidade da rede básica as consultas de rotina.

Traz-se com esse sistema de marcação de consultas, e tendo como um dos principais benefícios, a redução do tempo gasto para a marcação de consultas, a segurança e a garantia no agendamento realizado e a otimização total dos recursos disponíveis nos municípios (BRASIL, DATASUS).

O Programa QualiSUS preconiza que as unidades hospitalares contempladas estejam com o sistema de marcação de consultas em pleno funcionamento e sob a responsabilidade da equipe de acolhimento, como esperado neste estudo.

4.3.7 Aspectos Processuais do Programa QualiSUS: Existência de Protocolos Assistenciais

Para avaliar o programa QualiSUS é necessário conferir se foram elaborados os protocolos assistenciais, que são os procedimentos operacionais padrão que sistematizam o processo de atendimento padrão e que servem de aporte teórico para as práticas assistenciais padronizadas. Elas estabelecem a uniformidade das ações que além de otimizar o atendimento ao usuário, ainda se constituem em um instrumento de qualidade para a gestão dos serviços.

Diante desse cenário, no programa QualiSUS se estabelece que existam e sejam operacionalizados nas unidades de urgência / emergência protocolos assistenciais para todos procedimentos, e, da mesma forma que os protocolos de Acolhimento e os de ACCR, devem ser elaborados pela equipe da unidade.

4.4 SISTEMA DE AVALIAÇÃO: ASPECTOS DE RESULTADOS DO PROGRAMA QUALISUS

A avaliação de Resultados, segundo Donabedian, é caracterizada como sendo o produto final da assistência, que por sua complexidade e diversidade de conceitos pode ser medida a partir da satisfação do usuário ou de suas expectativas.

Ainda o mesmo autor discute que esse resultado tanto pode ser atribuído à assistência recebida como a resolutividade efetiva da sua condição de doença, que nem sempre é percebida pelo usuário. Em outras palavras, o usuário pode ter seu problema de doença resolvido e não considerar o resultado satisfatório uma vez que suas expectativas não foram atendidas (DONABEDIAN, 1980).

Diante da diversidade e da complexidade de se avaliar os resultados, contemplados no programa QualiSUS como resolubilidade, e pelo breve tempo dessa pesquisa, foram considerados os aspectos: tempo de permanência do usuário na emergência (início ao final do atendimento); coeficiente de mortalidade em menos de 24 horas na emergência; e existência de opinário sobre satisfação dos usuários e familiares no serviço de urgência / emergência.

4.4.1 Aspectos de Resultado do Programa QualiSUS: Tempo de Permanência do Usuário na Unidade de Urgência/ Emergência.

O tempo de permanência dos usuários no serviço de urgência/emergência não está estabelecido pelo Programa QualiSUS. Entretanto, há um entendimento na literatura sobre este aspecto, quanto à importância de definir o tempo de permanência do usuário no atendimento de urgência / emergência que representa o reflexo da gestão de vagas pela regulação de leitos e da resolubilidade percebida também pelo pronto cumprimento dos procedimentos de diagnóstico e terapia da unidade hospitalar (SCARAZATTI, 2005).

Ainda segundo o mesmo autor, o tempo de permanência depende de outros fatores, de ordem administrativa, como existência de apoio de informática, pactuação de rede

e outros que se agregam os fatores de ordem técnica como a existência de classificação de risco e protocolos assistenciais.

Para esse estudo considera-se o tempo ideal de permanência do usuário na unidade de emergência o mesmo tempo de emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em outras palavras, será considerado o tempo como adequado para permanência do usuário na unidade de emergência, um tempo inferior a 24 horas.

4.4.2 Aspectos de Resultado do Programa QualiSUS: Taxa de Mortalidade em menos de 24 horas na Emergência

Um dos componentes de avaliação de resultados do programa é o coeficiente de mortalidade nas unidades de emergência. Esse coeficiente deve ser expresso pelo número de óbitos ocorridos em menos de 24 horas na urgência / emergência das unidades

Esse coeficiente se constitui em um importante indicador hospitalar, e envolve sua organização, recursos e metodologia de trabalho. Como instrumento de gestão possibilita avaliar a assistência prestada, quantidade e tipo de recursos envolvidos, controle dos custos gerados na produção dos serviços e grau de resolutividade dos mesmos. (CQH, 1992).

Segundo o Guia Básico de Indicadores para o monitoramento do Desempenho Hospitalar da Secretaria de Saúde do estado da Bahia (2002), esses indicadores hospitalares, além de servirem como instrumentos de apuração de gestão devem ser verificados mensalmente e analisados de forma imparcial para que seja possível intervir nos pontos frágeis da organização.

Ainda o mesmo autor traz que esse indicador, de forma geral é concebido a partir de uma fórmula matemática na qual no numerador estará expresso o número de óbitos ocorridos em 24 horas, e no denominador o número de usuários que tiveram alta²⁷ hospitalar no mesmo período, multiplicados pela constante 100 (cem) (BAHIA, 2002).

4.4.3 Aspectos de Resultado do Programa QualiSUS: Existência de Opinário sobre Grau de Satisfação dos Usuários e Familiares.

Segundo Donabedian (1980), uma das ferramentas de qualidade que se pode utilizar nesse programa é o opinário sobre a satisfação do cliente. Para esse autor,

²⁷ Altas referidas nesse indicador se referem, a todas as saídas da unidade, sejam por alta, óbito ou transferência.

diferentemente do que se proporciona aos usuários para ter como resposta a sua satisfação, está a sua expectativa com relação ao que é satisfação. Tal ferramenta se utiliza largamente em vários sistemas de gestão, a exemplo do sistema de gestão ISO 9000.

Confirma-se que a norma ISO 9000, em sua revisão do ano 2000, formaliza como item de verificação a satisfação do cliente, o que equivale nesse estudo ser denominado de usuário, e se constitui, em itens de verificação de processo, considerando quatro fases distintas: o conhecimento das expectativas, a verificação da sua satisfação, a elaboração das estratégias para melhorias e, por fim, a implantação desses melhoramentos. (JOOS, 2009).

Assim, como item de avaliação do programa QualiSUS, se pressupõe como resultado esperado que os usuários estejam satisfeitos e para se conhecer o grau de sua satisfação torna-se imprescindível que essa verificação seja realizada nas unidades de urgência / emergência das unidades estudadas.

Contempla-se na proposta desse capítulo como objeto teórico e empírico a avaliação do Programa QualiSUS nas unidades de urgência / emergência dos hospitais pactuados e não pactuados entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do estado da Bahia.

Foi possível especificar, por um lado, através de regulação específica o que se buscou verificar na avaliação do respectivo programa, ou em outras palavras, quais os itens de verificação foram contemplados nessa avaliação.

Por outro lado, esses itens de verificação foram ricamente tratados com definição de conceitos e pressupostos a partir de autores como Donabedian. Foi utilizada a trilogia desse autor para prospectar maior densidade e detalhamento de indicadores de qualidade sejam na dimensão Estrutura, como na dimensão Processo e na dimensão dos Resultados.

Assim sendo, foi possível presumir, que a partir de plena implantação do programa QualiSUS nas unidades de urgência / emergência se possa solucionar ou ao menos minimizar os problemas que envolvem a organização do atendimento aos usuários nestas unidades e não na rede básica.

5 PAPEL DA ENFERMEIRA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nesse capítulo serão abordados a definição e os princípios norteadores do acolhimento e do acolhimento com classificação de risco, as recomendações atuais do Ministério da Saúde acerca da adoção de protocolos e o papel da enfermeira no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).

5.1 PROCESSO DE CUIDAR EM SAÚDE E NA ENFERMAGEM

O processo de cuidar em saúde se desenvolveu ao longo dos tempos, fundamentado em princípios científicos, em sua concepção características de trabalho especializado e, posteriormente, institucionalizado.

Atualmente, o processo de cuidar é operacionalizado por equipe multiprofissional, que, por sua especificidade nesse processo de cuidar de seres humanos, requer capacitação para a atividade a que se propõe.

Segundo Pires (1999), o processo de trabalho dos profissionais de saúde, cujo objeto é o indivíduo ou grupo de indivíduos, doentes ou saudáveis, tem por finalidade a ação terapêutica. Esta pode ser prestada de modo preventivo, curativo ou de reabilitação, de modo independente ou em organizações, sejam elas públicas ou privadas.

De acordo com Capella (1998, p.168), o processo de trabalho em saúde é definido como:

Um processo de trabalho coletivo, onde áreas técnicas específicas, como a medicina, farmácia, odontologia, nutrição, serviço social, enfermagem, entre outros, compõem o todo. Esse processo, institucionalizado, tem como finalidade atender ao homem, que em algum momento de sua vida submete-se à hospitalização. Cabe, então, a cada área técnica específica, uma parcela desse atendimento. A delimitação dessa parcela bem como a organização desses trabalhos foi se dando no percurso histórico, com o desenvolvimento da ciência e em decorrência da divisão social do trabalho na área de saúde, principalmente a partir de tarefas delegadas pela área médica.

A enfermagem é uma profissão regulamentada desde 1955 e composta de maioria esmagadora de mulheres. É organizada, atualmente, por três níveis de atuação, de acordo com a escolaridade, sendo composta pela enfermeira (formação superior), pelo técnico de enfermagem (formação técnica de nível médio) e pelo auxiliar de enfermagem (formação de nível fundamental).

Profissão exercida por uma equipe, tem a enfermeira como líder, com competências definidas em lei, e seu trabalho, de relevância social, é essencial à vida humana. Suas práticas de cuidar do indivíduo e de suas famílias são orientadas por padrões técnicos e éticos (NAZÁRIO, 1999; PIRES, 1999).

O trabalho da enfermeira se desenvolve em três dimensões básicas: a prestação do cuidado direto, a administração da assistência e do espaço assistencial e a formação dos profissionais de enfermagem (SHIROMA, 2008).

O processo de cuidar sistematizado pela enfermeira se dá a partir das necessidades do indivíduo e sua família e requer especialização profissional. O gerenciamento, do cuidado ou da unidade, realizado por essa profissional, geralmente engloba o espaço terapêutico, que lhe é facultado preferencialmente, em detrimento das outras profissões de saúde, por suas habilidades gerenciais adquiridas na formação. Envolve, nesse processo gerencial, a liderança na relação profissional das demais categorias da enfermagem e no processo de treinamento de equipes, que se completa como trabalho executado na formação de novos profissionais (LEOPARDI; GELBECKE; RAMOS, 2001).

5.2 ACOLHIMENTO E ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Segundo Rodrigues (2002), antigamente, a procura da população por serviços hospitalares, no Brasil, se dava apenas quando eram referenciados pelo médico assistencialista. Hoje, a procura por serviços hospitalares, se dá, de forma espontânea e em

grande demanda para o serviço de emergência, que simboliza o atendimento imediato. Tal atitude levou, rapidamente, as unidades de emergência a um colapso, que se deve, em grande parte, à incapacidade de resposta da rede básica.

O esgotamento da capacidade de atendimento das emergências, sobretudo as públicas, é responsável pelas longas filas, pelo grande número de usuários em macas, cadeiras e até no chão das unidades, sendo esses usuários, em grande parte, portadores de problemas de saúde de baixa complexidade (CECÍLIO, 1997).

A situação vivenciada por usuários dos serviços de urgência/emergência no Brasil, amplamente divulgada pela imprensa nacional, traz um cenário desordenado, no qual, além da inexistência de rede pactuada, o resultado é de usuários insatisfeitos, longas filas, atendimento sem prioridade de gravidade, desumanização do cuidado e equipe sobrecarregada, colocando em risco a qualidade da atenção ali prestada.

Mesmo com todas as dificuldades encontradas nas unidades de urgência/emergência nos hospitais, sobretudo os públicos, este setor tem contribuído de forma importante para a redução da morbidade e mortalidade de agravos cardiovasculares, traumas e outras emergências, bem como promovido, de forma eficaz, o alívio ao sofrimento agudo. O serviço de atendimento pré-hospitalar tem também contribuído para a melhoria desse processo (OMS, 1998).

No Brasil, o Programa QualiSUS é uma das tentativas do Ministério da Saúde para solucionar essa situação. O programa, fundamentado na Política Nacional de Humanização (PNH), discutida no capítulo dois desta pesquisa, traz como ferramentas o acolhimento e o acolhimento com classificação de risco (ACCR).

O acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância do Programa Nacional de Humanização²⁸, por agregar consigo uma atitude de inclusão. Segundo o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência (BRASIL, 2009b), é uma tecnologia de encontro, um regime de afetabilidade construída a cada encontro.

Ainda segundo o mesmo texto, o acolhimento:

²⁸ O PNH entende a humanização como sendo um processo de valorização de usuários, trabalhadores e gestores, favorecendo a sua autonomia, aumentando o grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, com estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, com identificação das necessidades sociais de saúde, mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde, compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento, com a qual concordamos.

[...] não é um espaço ou local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão [...] não se constitui em uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde [...]. (BRASIL, 2009b, p. 17).

A prática do acolhimento só tem sentido se for entendida como parte da produção de serviços de saúde, como algo que qualifica a relação e pode ser apreendido e exercido em todo e qualquer encontro no serviço de saúde e não como uma atitude de bondade ou de favor. Essa prática deve ser articulada com mudanças nos processos de trabalho e na gestão dos serviços (BRASIL, 2009a).

O acolhimento deve ser realizado por **todos** os profissionais de saúde e administrativos, durante a prática profissional. Na unidade de urgência/emergência, existe uma equipe especialmente destinada para recepcionar os usuários e direcioná-los para o ACCR ou elaborar outros encaminhamentos que se fizerem necessários, tais como marcação de uma consulta em outra unidade, por exemplo.

Essa equipe, denominada de “acolhimento” pode ser composta por qualquer colaborador que tenha minimamente a capacidade de ouvir e conheça a melhor forma de encaminhar o usuário na direção da solução para a sua demanda e contribui significativamente para a redução das filas de espera, além de estabelecer, mesmo que intencionalmente, um processo de educação do usuário, que, a partir daquele momento, conhece outra possibilidade de atendimento.

Segundo o Grupo Brasileiro de acolhimento com classificação de risco (2009), o acolhimento pode ser entendido como:

[...] dispositivo técnico-assistencial é disparador de reflexões e mudanças nos modos de operar a assistência, pois interroga as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acessibilidade. Tais indagações quando acolhidas e transformadas em invenção de novos modos de se produzir a assistência e a “si” como profissional de saúde, diferentes objetivos dentre os quais se exemplificam: melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada; a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que tange à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas. (GBACCR, 2009, p.1).

Ainda o Ministério da Saúde preconiza que a atitude humanizada que se deve estabelecer no acolhimento, seja complementado com a Classificação de Risco, que efetivamente pretende melhorar o atendimento ao usuário nos serviços de urgência, com o estabelecimento de critérios técnicos de verificação dos usuários que devem ter atendimento priorizado.

A classificação de risco tem, no seu processo de trabalho, a associação com o Acolhimento, pois, como dito anteriormente, esses processos devem andar imbricados. O Ministério da Saúde também preconiza que, além da atitude humanizada que se estabelece no acolhimento, este seja complementado com a classificação de risco, que efetivamente pretende melhorar o atendimento ao usuário nos serviços de urgência, com o estabelecimento de critérios técnicos de verificação dos usuários que devem ter atendimento priorizado.

O ACCR é definido como.

Uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento. A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção. (BRASIL, 2009b. p.17).

O ACCR tem como objetivos a melhoria do acesso aos usuários nas unidades de urgência/emergência, mudando a forma tradicional de atendimento por ordem de chegada para atendimento por prioridade, baseado em potencial risco de morte e sofrimento agudo; humanizar as relações entre trabalhadores e usuários e entre os trabalhadores; abordar de forma integral ao usuário; mudar processos de trabalho visando a melhoria dos fluxos, a resolubilidade e a diminuição do tempo de atendimento, bem como a organização dos processos de trabalho com a criação de protocolos de atendimento (BRASIL, 2004).

O ACCR, como preconizado pelo QualiSUS deve ser realizado por uma enfermeira, preferencialmente com experiência em urgência / emergência e capacitada para operacionalizar esta ferramenta (BRASIL, 2009b).

Para operacionalização do ACCR, torna-se imperativa a existência de protocolos previamente estabelecidos para auxiliar no processo de avaliação da gravidade de cada caso, e que devem ser o reflexo do consenso da equipe.

Existem vários protocolos de ACCR, denominados, na maioria das vezes de protocolo de “triagem”.

O termo triagem vem do francês *trier* e significa escolher, selecionar. No ACCR, o processo não é de escolha e sim de categorização. Portanto o termo “triagem”, considerado como excludente pela Política Nacional de Humanização, não pode ser atribuído nesse sentido ao ACCR.

Esses que elaboram “triagem” nas unidades de urgência/emergência, por ano de criação, são os seguintes:

- a) Protocolo Australiano – 1990
- b) Protocolo Americano – 1991
- c) Protocolo de Manchester – 1994
- d) Protocolo Canadense – 1998
- e) Protocolo de Andorra – 2001

No Brasil existem os protocolos do Hospital Mario Gatti e o do Hospital Odilon Behrens, que são adaptações dos protocolos internacionais. Ambos utilizam as cores vermelho amarelo, verde e azul na sua classificação, e o Hospital Odilon Behrens ainda categoriza o grau de gravidade ou sofrimento dentro das cores vermelho e amarelo, para melhor detalhamento da prioridade (GBACR, 2009).

Oficialmente, não foi adotado pelo Ministério da Saúde (MS), nenhum protocolo de ACCR, entretanto este sugere a adoção de um modelo já existente que deverá ser adaptado a cada realidade. O protocolo de Manchester é o priorizado pela maioria das unidades de saúde na experiência brasileira, a exemplo de alguns hospitais nos Estados de Minas Gerais e São Paulo.

Os protocolos de ACCR classificam os usuários por nível de gravidade, em cores, geralmente utilizando, como no protocolo de Manchester, a cor vermelha para prioridade zero, que requer atendimento imediato; a cor amarela para atendimento em, no máximo, quinze minutos; a cor verde para atendimento em, no máximo, trinta minutos, e azul, que

preconiza o atendimento dos sintomáticos por ordem de chegada, uma vez que não apresentam gravidade ou grau de sofrimento.

Ao chegar à unidade de urgência/emergência, o usuário classificado como prioridade zero não realiza sistematicamente a classificação de risco, como os demais usuários sintomáticos. Para que isso se estabeleça de forma sistemática, todos os profissionais que atuam na unidade devem conhecer quais são as características que classificam o usuário como prioridade zero.

Assim como os profissionais que atuam na unidade, o ambiente deve estar preparado para atender os usuários, de acordo com cada categorização estabelecida pelo ACCR. Nesse contexto, além dos equipamentos necessários para atendimento dos usuários, o espaço físico deve estar organizado e distribuído de forma a facilitar o atendimento, com fluxos e tecnologia adequadas a cada nível de complexidade.

O Ministério da Saúde recomenda, como forma de organização do espaço, que a unidade de urgência/emergência seja dividida em dois eixos, três áreas e três planos, quais sejam:

No eixo vermelho, espaço destinado ao atendimento de usuários com agravos graves, com risco de morte, devem ser contempladas três áreas: a área vermelha, destinada a atendimento imediato, a área amarela para usuários já estabilizados, porém necessitando de cuidados semi-intensivos e, por fim, a área verde onde permanecerão os usuários em observação, sendo os espaços separados por sexo e por idade (adulto e pediátrico).

Ainda segundo a mesma lógica, o eixo azul, destinado a usuários com agravos não graves, deve conter três planos: o plano 1(um), destinado para acolhimento e atendimento administrativo, o plano 2 (dois) para atendimento médico (consultórios) e, finalmente, o plano 3 (três) destinado para áreas de procedimento médico e de enfermagem, tais como suturas, administração de medicamentos e nebulização (BRASIL, 2009).

A sugestão recomendada pelo MS, acima citada, preconiza ainda que os espaços do eixo azul e da área três sejam próximos da entrada da unidade, bem como estabelece que os espaços devam ser acolhedores, com predomínio do conforto e capacidade para agregar o acompanhante durante todo o processo de atendimento e observação.

5.3 A ENFERMEIRA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O trabalho dos profissionais de saúde, a exemplo da enfermeira, em unidade de urgência/emergência, requer conhecimento especializado, além de habilidades técnicas para atuar em situações em que as decisões devam ser precisas e as práticas ágeis e sincronizadas.

O processo de Acolhimento²⁹ com Classificação de Risco (ACCR) tem interface, inicialmente, com o grupo de profissionais que recepcionará e fará a triagem administrativa de acordo com a necessidade do usuário³⁰ e com base nas informações de rede assistencial do SUS da localidade. O usuário sintomático deve ser encaminhado ao consultório de enfermagem³¹ para que a enfermeira elabore o de classificação de risco, que se fundamenta no risco, agravos à saúde, ou grau de sofrimento.

A triagem administrativa, no setor de acolhimento, visa acelerar o atendimento ao usuário que procura as unidades de emergência, em detrimento da falta de resolubilidade da rede básica. Nessa triagem, o agente de acolhimento, além de referenciar o usuário para o local adequado ao atendimento, deverá ainda promover a educação do paciente-usuário, no sentido de que as unidades de emergência são para o seu atendimento em situação de risco de morrer ou com elevado grau de sofrimento.

Segundo Massaro e Abbês (2007), o usuário atendido pela enfermeira tem o seu risco classificado com base em: queixa; breve histórico sobre a queixa; uso de medicações; verificação de sinais vitais e da glicemia; e na realização de exame físico na busca de sinais que possam estabelecer o seu risco. Após essa avaliação, a enfermeira encaminhará o usuário para atendimento médico de acordo com o seu grau de prioridade.

Ainda segundo os autores, considera-se prioridade zero aqueles usuários que necessitam de atendimento imediato, em outras palavras, com quadros diagnosticados como de emergência.

O acolhimento com classificação de risco, como prioridade um, dá-se em caso de urgência, e o atendimento deverá ser realizado em um período de tempo inferior a 15 minutos; os casos considerados, no diagnóstico, como não urgentes ou de prioridade dois deverão ser atendidos em um tempo não superior a 30 minutos; por último, estão os casos de pacientes

²⁹ “O conceito de acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos”. (MASSARO; ABBÊS, 2007, p.6).

³⁰ Refere-se aos diversos níveis de atenção à saúde e sua complexidade: primário [encaminha para rede básica], secundário [rede de hospitais] e terciário [reabilitação].

³¹ Realizar a Triagem Administrativa baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam da avaliação para a classificação de risco pela enfermeira (MASSARO; ABBÊS, 2007).

classificados como eletivos, ou mesmo, prioridade três, e que deverão ser atendidos de acordo com a ordem de chegada, sem prescrição de tempo para atendimento, podendo ser referenciado em virtude do seu tipo de necessidade.

Nesse contexto humanizado³², não é recomendada a existência de barreiras e não apenas deve ser garantido o direito ao acompanhante, como também este deve ser igualmente acolhido pelos trabalhadores e pelo espaço físico.

Sendo o ACCR uma ação que não prevê a realização de um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, a classificação de risco é realizada pela enfermeira com base em consensos estabelecidos pela equipe da unidade, denominados de protocolos de classificação de risco (BRASIL, 2009). Assim no QualiSUS o ACCR só deve ser realizada pelas enfermeiras, tendo esta papel relevante.

Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação do usuário, entretanto, mesmo sendo uma ferramenta importante, não são suficientes para determinar precisamente a categorização de prioridade, pois não são capazes de identificar aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais e não substituem a interação, o diálogo, a escuta qualificada, o respeito aos usuários contemplados no processo de acolhimento.

O MS sugere que a elaboração (adaptação) dos protocolos de ACCR leve em consideração as seguintes questões:

- a) A capacidade instalada de acordo com o número de atendimentos diários a serem prestados nestas unidades.
- b) Os horários de maior número de atendimentos.
- c) Os fluxos internos permitindo facilitar a movimentação de usuários e trabalhadores de saúde.
- d) Conhecimento da rede de serviços pactuada para referência.
- e) Principais demandas dos usuários, perfil epidemiológico do município ou região.
- f) E a capacitação técnica dos profissionais envolvidos nesse processo.

Para fins deste estudo, assim como para o QualiSUS, pressupõe-se que a enfermeira tanto conhece os critérios regulamentares, quando realiza o ACCR, como tem formação na área de urgência/emergência. Para tal intento, é procedimento do Programa

³² Ambiente humanizado: consideramos neste estudo o ambiente humanizado aquele espaço físico, onde estão pessoas com atenção acolhedora, resolutive e humanizada, como preconizado pelo programa QualiSUS.

QualiSUS a realização de treinamento/capacitação sistemática para a equipe que atua nessa área. É imprescindível essa condição para a atuação, inclusive das enfermeiras, quando se prevê a elaboração de cursos na área de suporte de vida, sejam básicos ou avançados.

Há ainda exigências quanto à elaboração de cursos sobre a temática de classificação de risco, para aqueles que trabalham em área de urgência/emergência, de modo a se dar capacitação técnica e segurança para a realização desse tipo de atividade.

Para aqueles que participaram dessa capacitação, além da segurança alcançada, lhes é facultado, já que têm capacitação, participar da elaboração dos protocolos assistenciais e de classificação de risco de sua unidade de trabalho. A participação é fundamental e está atrelada à forma de gestão desses hospitais, pois aqueles que participam de sua elaboração se sentem mais intimamente vinculados ao seu cumprimento, ou, em outras palavras, a seguir os respectivos protocolos assistenciais e de classificação de risco de suas unidades de trabalho.

O conhecimento dos profissionais, não só sobre a Política Nacional de Urgência/ Emergência, bem como sobre a Política Nacional de Humanização e sobre o Programa QualiSUS, promove uma maior amplitude no processo de gestão do cuidado em unidades de urgência/emergência por estabelecer maior poder para as enfermeiras na tomada de decisões, além de possibilitar a estas uma maior contribuição no processo de gestão da unidade.

Ainda sobre o conhecimento da enfermeira acerca do QualiSUS, ressalta-se que este programa objetiva sensibilizar e promover uma maior percepção sobre o que ocorre não só com o atendimento ao usuário com sua implantação, mas também o que ocorre na unidade de urgência/emergência quanto à prática da enfermeira com a implantação do ACCR (MASSARO; ABBÊS, 2007).

Os resultados esperados com a implantação do ACCR, nas unidades de urgência/ emergência, são a diminuição do número de mortes evitáveis, a melhoria do fluxo de atendimento ao usuário, a padronização das condutas de atendimento, a redução do tempo de espera e, a médio e longo prazo, a diminuição do número de usuários com quadros eletivos, seja pela melhoria da acessibilidade na rede básica, seja pela melhor aceitabilidade da população das unidades da rede, através de um processo de educação que se incorpora ao processo de ACCR à medida que são classificados como azul, portanto serão atendidos ou referenciados para a rede básica, com acesso garantido pelo grupo de acolhimento.

A enfermeira no processo de ACCR tem papel fundamental uma vez que, além de ser um profissional definido pelo Ministério da Saúde para classificar o risco do usuário, tem sensibilidade para acolher e ainda agrega, entre seus atributos, a capacidade de elaborar processo educativo, do usuário e família, durante ou mesmo após o ACCR, orientando-os

quanto ao serviço a ser utilizado quando de suas necessário, sendo ainda capacitada para treinar as equipes de ACCR e gerenciar o serviço de urgência/emergência.

Enfim, a enfermeira é o profissional da equipe de saúde que, agrega, além dos seus atributos técnicos, outros tantos, adquiridos durante sua formação profissional, que lhe faculta conhecimentos além dos exigidos para a prática do cuidar, e que, por conseguinte, lhe permite uma participação eficiente na execução do ACCR em todas suas etapas.

A eficiência do trabalho executado pela enfermeira trás consequentemente, para os demais trabalhadores, um ambiente de trabalho menos estressante, pela ordenação do atendimento, e, para o usuário, a tranquilidade de uma priorização pautada em conhecimentos científicos, além de uma atenção humanizada advinda da própria história da profissão.

6 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo apresenta as questões metodológicas consideradas relevantes que foram utilizadas nesse estudo. Inicialmente, descrevemos o contexto da investigação, o desenho do estudo, contendo objeto, objetivos gerais e específicos e critérios utilizados na avaliação do Programa QualiSUS.

A avaliação do Programa, proposta nesse estudo, tem seus pilares referenciados na Portaria Ministerial nº. 3.125 de 07.12.2006, nos hospitais pactuados e não pactuados entre o Ministério da Saúde e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

6.1 CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

A partir da pactuação do Ministério da Saúde com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, torna-se mandatório implantar, no Estado da Bahia, o programa QualiSUS. Essa pactuação foi celebrada com a meta de implantar o programa QualiSUS em nove hospitais do Estado da Bahia. Desses hospitais, cinco estão localizados no Município de Salvador, um em Lauro de Freitas, Região Metropolitana de Salvador, e outros três nos municípios de Feira de Santana, Ilhéus e Vitória da Conquista a serem celebrados posteriormente.

Os hospitais contemplados para a implantação do programa são públicos sob gestão estadual, do tipo geral, e possui no seu perfil, dentre outras características, o serviço de atendimento a usuários de urgência / emergência, seja por demanda espontânea ou referenciada, conforme quadro 2.

Foram selecionadas inicialmente nove unidades hospitalares, conforme Quadro 2, e dessas, excluídas sete por não terem implantado o Acolhimento, nem o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), ferramenta central do programa QualiSUS. Ainda no curso da pesquisa excluiu-se outro hospital por ter sido terceirizado sua gestão, o que se justifica portanto, por não estar mais sob gestão estadual.

Hospital	Município	Perfil	Nº de leitos
A	Salvador	Geral com atendimento de urgência / emergência por demanda espontânea ou referenciada de todo o Estado da Bahia, sendo referência para alta complexidade.	707
B	Salvador	Geral com atendimento de urgência / emergência por demanda espontânea ou referenciada de todo o Estado da Bahia, referência para traumas.	260
C	Salvador	Geral com atendimento de urgência / emergência por demanda espontânea ou referenciada do município de Salvador, referência em média complexidade.	133
D	Salvador	Geral com atendimento de urgência / emergência por demanda espontânea ou referenciada de Salvador- Média Complexidade.	30
E	Salvador	Geral com atendimento de urgência / emergência por demanda espontânea ou referenciada de todo subúrbio ferroviário de Salvador - Média Complexidade	62
F	Lauro de Freitas	Geral com atendimento de urgência / emergência por demanda espontânea ou referenciada de Salvador, Camaçari e Lauro de Freitas - Média Complexidade	52
G	Feira de Santana	Geral com atendimento de urgência / emergência por demanda espontânea ou referenciada do Município de Feira de Santana e da 2ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES)	291
H	Vitória da Conquista	Geral com atendimento de urgência / emergência por demanda espontânea ou referenciada do Município de Vitória da Conquista e outros da 20ª DIRES – Alta Complexidade	173
I	Ilhéus	Geral com atendimento de urgência / emergência por demanda espontânea ou demanda referenciada do Município de Ilhéus e da 6ª e 7ª DIRES – Alta Complexidade	139

Quadro 2- Hospitais Pactuados entre o Ministério da Saúde e SESAB. Salvador, Bahia, 2006.

Contudo, durante a fase exploratória da pesquisa tomei conhecimento, a partir do gestor de um hospital público sob gestão estadual, enfermeiro, que a utilização dos dispositivos de acolhimento e do acolhimento com classificação de risco no atendimento a usuários do serviço de urgência / emergência estaria implantado no município de Jequié. Deste modo esse hospital foi selecionado para integrar esta pesquisa, como iniciativa de gestão atrelado ao programa QualiSUS, embora não pactuado.

Portanto para realização dessa pesquisa foi contemplado apenas um hospital de médio porte, no município de Salvador, por ser o único, dos hospitais pactuados, que durante o curso dessa pesquisa utilizava os dispositivos de Acolhimento e ACCR e o hospital situado no município de Jequié.

6.2 DESENHO DO ESTUDO

Esse estudo tem como objetivo geral avaliar a prática do Programa QualiSUS, conforme seus pilares referenciados na portaria ministerial nº. 3.125 de 07.12.2006 nos hospitais pactuados e não pactuados entre o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) tomando como base a trilogia de avaliação descrita por Donabedian (1980) - estrutura, processo e resultado.

Apresenta como objetivos específicos: descrever o contexto no qual vem se dando a implantação do QualiSUS nas unidades urgências / emergências nos hospitais pactuados e não pactuados entre o Ministério da Saúde e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; identificar as bases de sustentação do programa QualiSUS, para a sua implantação nos hospitais pactuados e não pactuados entre o Ministério da Saúde e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; caracterizar o papel da enfermeira no acolhimento com classificação de risco, nos hospitais pactuados e não pactuados entre o Ministério da Saúde e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e identificar os fatores que influenciam na implantação do programa QualiSUS nos hospitais estudados.

Essa pesquisa tem caráter qualitativo e utiliza-se do método descritivo para avaliar o programa QualiSUS. Emprega a abordagem normativa e analítica para fundamentar a avaliação proposta, nos hospitais pactuados e não pactuados entre o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

O método qualitativo se propõe a explicar os eventos em um contexto real e não como foram conceituados nas teorias preexistentes. Fundamenta-se na realidade dos fatos (POLIT, BECK & HUNGLER, 2004). O método qualitativo é explicado por Minayo (2008, p. 45) quando afirma que:

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam [...] as abordagens qualitativas se conformam melhor as investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de

histórias sociais sob a ótica dos autores, de relações e para análises de discursos e de documentos.

O método qualitativo foi utilizado nessa pesquisa porque objetivou não só avaliar o programa QualiSUS, mas conhecer a relação, o desenho e o contexto social no qual o programa está estabelecido entre as trabalhadoras enfermeiras que atuam nesse contexto.

A pesquisa científica segundo Cervo e outros (2007) classifica-se, de acordo com o procedimento a ser realizado, em: pesquisa bibliográfica, pesquisa exploratória, pesquisa documental e pesquisa descritiva. A pesquisa bibliográfica procura explicar uma questão a partir de referências bibliográficas. A pesquisa exploratória não apresenta hipóteses a serem testadas, e a partir dos objetivos buscam-se mais informações sobre o assunto com a finalidade de se descobrir novas idéias. A pesquisa documental caracteriza-se pela manipulação direta dos dados com o objeto do estudo e finalmente a pesquisa descritiva elabora a observação dos fatos ou fenômenos sem manipulá-lo, como nesse estudo.

6.3 FASES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em três fases, como descrita a seguir: em um primeiro momento (fase exploratória) ocorreu a delimitação do estudo, a revisão de literatura e construção do projeto, em segundo momento (fase do trabalho de campo) se deu a coleta de dados e por último (fase de análise) deu-se análise dos dados coletados e a discussão dos resultados.

6.3.1 Fase Exploratória

A fase exploratória de um estudo é de singular importância, podendo até ser considerada como uma pesquisa exploratória. Compreende o período que vai desde a edificação da pesquisa até o teste dos instrumentos de coleta de dados (MINAYO, 2008).

Na fase exploratória dessa pesquisa foi desenvolvido o projeto: definido o tema, em seguida foi delineado o objeto, os objetivos, seguiu-se à delimitação do problema e dos pressupostos.

Todo arcabouço teórico foi fundamentado em pesquisa bibliográfica com leitura de conteúdos que possibilitaram a realização desse estudo. A atualidade do tema é apresentada como uma das dificuldades devido a escassez do acervo bibliográfico e em face

ao tempo transcorrido desde a regulamentação do programa QualiSUS (2006) e a realização da pesquisa.

A consulta da fundamentação teórica inicial possibilitou a definição dos objetivos desse estudo, a partir do seu objeto, o Programa QualiSUS, o lócus e os sujeitos envolvidos no estudo, assim como a construção de instrumentos de coleta de dados e a decisão dos mais adequados para a realização da pesquisa.

6.3.2 Lócus da Pesquisa

Dentre os hospitais pactuados, esta pesquisa desenvolveu-se apenas no Hospital E, situado no subúrbio ferroviário do Município de Salvador. Dentre os hospitais não pactuados, mas por contemplar a utilização de ferramentas importantes do Programa QualiSUS, esta pesquisa se desenvolveu também em um hospital referência, denominado nesse estudo de Hospital “J” localizado no Município de Jequié.

O hospital “E” é um hospital geral localizado no subúrbio ferroviário (11º Distrito Sanitário), de media complexidade, com capacidade instalada e operacional para 62 leitos, referência em atendimento às urgências e emergências nas especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e obstetrícia, com funcionamento nas 24 horas, atendendo a uma população de aproximadamente 400.000 habitantes (SESAB, 2009).

Por ser o único hospital da região do subúrbio ferroviário atende também a usuários com traumas (acidentes automobilísticos e por arma branca e de fogo) e outros agravos que exigem atendimento imediato, tais como infarto agudo do miocárdio, meningites e dengue. (informação verbal da gestora do hospital).

O Hospital “J” é um hospital geral, de abrangência regional, de alta complexidade, com 175 leitos, com internação nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Obstetrícia, Pediatria (incluindo neonatologia), Psiquiatria e Unidade de Terapia Intensiva. É referência em urgências e emergências, além de possuir ambulatório de especialidades. Atende uma população superior a 600 mil habitantes da Microrregião de Jequié (SESAB, 2009).

6.3.3 Sujeitos da Pesquisa

Como sujeitos da pesquisa³³ foram selecionados: as gestoras do programa Qualisus da SESAB (primeira e atual), gestores dos hospitais conjuntamente com coordenadores dos comitês locais do QualiSUS nos hospitais e enfermeiras que atuam no acolhimento com classificação de risco desses hospitais.

No hospital “E” foi entrevistada a gestora do hospital, a coordenadora do comitê gestor local e mais todas as enfermeiras que atuam no ACCR, que são apenas duas enfermeiras.

No Hospital “J” foi entrevistado o gestor, a coordenadora do ACCR, uma vez que não existe comitê instituído, e mais todas as seis enfermeiras que atuam no ACCR.

6.3.4 Instrumentos e Procedimentos para a Coleta de dados

Para elaboração desse estudo foi utilizado como instrumento de coleta de dados três roteiros de entrevista semi-estruturados (apêndices B, C e D).

A entrevista semi-estruturada é definida como uma “série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista, mas na qual o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento” (LAVILLE, DIONNE, 1999. p. 23).

O roteiro de entrevista, segundo Minayo (2008), do ponto de vista dos atores sociais, é um instrumento para orientar um colóquio com determinado propósito, devendo ser um facilitador de aprofundamento da comunicação, colaborando para emergir os juízos e as relevâncias a respeito dos dados relacionados aos objetivos da pesquisa.

Ainda a mesma autora argumenta que, no roteiro de entrevistas, os indicadores a serem pesquisados devem ser desdobrados em tópicos, tanto quantos necessários, de forma a contemplar todas as informações almejadas pelo pesquisador.

6.3.4.1 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Foi definido trabalhar com esse instrumento, por permitir ampliar a coleta de dados, quando o entrevistador consentir, através de alguma intervenção pertinente ao objeto e objetivos desse estudo, a qual seja avaliar o programa QualiSUS.

Os roteiros de entrevista (Apêndices B, C e D) foram aplicados, aos entrevistados, pela própria pesquisadora, seguindo hierarquia por função, de forma a ter primeiramente a

³³ Sujeitos da pesquisa: consideram-se as pessoas entrevistadas nessa pesquisa.

representatividade de opinião das gestoras da SESAB, seguido dos coordenadores dos comitês locais conjuntamente com os gestores dos hospitais e das enfermeiras que atuam no ACCR.

A coleta de dados foi desenvolvida em três etapas. Na primeira foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada, aplicado aos gestores do QualiSUS na SESAB e ao Comitê gestor das duas unidades pesquisadas.

Na segunda etapa foi aplicado outro roteiro de entrevista, também semi-estruturado, aplicado aos gestores das unidades pesquisadas, juntamente com um representante do comitê gestor local.

Por fim, na terceira etapa foi aplicado o terceiro roteiro de entrevistas semi-estruturado, contendo questões norteadoras, dirigidas as enfermeiras que laboram no ACCR das unidades pesquisadas.

As duas etapas iniciais possibilitaram a verificação da implantação do programa na unidade e se baseou nas normas da portaria que instituiu o programa QualiSUS.

A segunda etapa contemplou ainda a apresentação dos documentos necessários para confirmação das informações prestadas pelos gestores dos hospitais e representantes dos comitês locais, quais sejam:

- a) Publicação da nomeação do Comitê Gestor
- b) Instrumento de pactuação da Rede municipal e estadual
- c) Relação de colaboradores por cargo e vínculo empregatício
- d) Procedimentos Operacionais Padrão (POP) sobre Acolhimento
- e) Procedimentos Operacionais Padrão sobre Classificação de Risco
- f) POP Técnicos Assistenciais (médico e de enfermagem)
- g) Registro do tempo entre o início do atendimento até a saída do usuário da unidade de Urgência / Emergência
- h) Ata / Súmula de reuniões com gestores e comunidade
- i) Planejamento de Educação Permanente para colaboradores da Urgência / Emergência
- j) Ata / registro de frequência das capacitações e ou treinamentos realizados para colaboradores da Urgência / Emergência

- k) Ata / registro de frequência de capacitação em Suporte Básico de Vida
- l) Ata / registro de frequência de capacitação em Suporte Avançado de Vida
- m) Estatística de óbitos ocorridos na emergência
- n) Formulário de satisfação do usuário
- o) Estatística sobre satisfação do usuário

As entrevistas permitiram, nessa pesquisa, a incorporação de temas relevantes para a pesquisa, trazidas pelo entrevistado, dos quais podemos citar: a percepção das enfermeiras sobre a implantação do programa QualiSUS na Bahia.

A coleta de dados, nos dois hospitais, deu-se no período de maio a agosto de 2009 e para que não se perdesse nenhuma informação importante, as entrevistas foram gravadas com o auxílio de um MP 9, equipamento eletrônico marca Multimídia.

Antes da realização das entrevistas, os entrevistados foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

Foi preservado o anonimato das participantes, para que assim, fosse possível responder aos questionamentos com maior fidedignidade. Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos citados na resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

6.3.5 Plano de Análise dos Dados

A análise dos dados qualitativos dessa pesquisa se deu com base nos pressupostos teóricos e metodológicos da Análise de Conteúdo.

Segundo Bardin (2008, p. 44) a análise de conteúdo é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Vala (1999) define a análise de conteúdo como uma técnica de tratamento de informação que pode ser utilizada em qualquer tipo de investigação empírica por permitir ao pesquisador utilizá-la em entrevistas abertas, correspondências e outros instrumentos de coleta de dados com inferências.

A análise de conteúdo trabalha com um conjunto de técnicas, contudo para fins desta pesquisa, utilizamos a análise temática ou categorial, mediante a qual foram trazidas das mensagens dos sujeitos da pesquisa, as unidades ou sub-categorias no sentido de descobrir seus núcleos de sentido.

Nesse tipo de análise, a preocupação mais freqüente é com os núcleos e não com a sua dinâmica e organização. Assim, os dados serão apresentados e analisados utilizando-se a técnica de categorização que “[...] é uma operação de classificação de elementos constituídos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos” (BARDIN, 2008, p.145).

Podem-se destacar duas funções básicas da análise de conteúdo: A verificação de questões e a descoberta dos aspectos subjetivos dos dados, que correspondem àquilo que está por trás dos conteúdos manifestados. Ela é indicada quando se pretende fazer análise de depoimentos acerca de determinado assunto, situação ou experiência, a exemplo do que se pretende com a avaliação do programa QualiSUS.

Os dados foram avaliados de acordo com o que emergiu nas entrevistas, sub-categorizados e categorizados a partir das entrevistas, uma vez que o roteiro consta de questões abertas na sua maioria, com o intuito de permitir uma avaliação mais substancial dos entrevistados.

Como sub-categorias de análise qualitativa, nesse estudo, são analisadas:

- a) Acolhimento.
- b) Classificação de Risco.
- c) Integração entre município e estado com a rede pactuada.
- d) Existência de central regulação e central de leitos hospitalares.
- e) Organização do processo de trabalho e definição de papéis.
- f) Gestão participativa e democrática.
- g) Política de educação permanente.
- h) Condições tecnológicas.
- i) Ambiência.
- j) Resolubilidade.

Para análise da resolubilidade, que se constitui em uma definição relativa e, com relação ao atendimento em urgência/emergência, envolvem aspectos como:

- a) Qualificação da equipe multidisciplinar.
- b) Agilidade e precisão no atendimento.
- c) Existência de apoio diagnóstico qualificado e com resultados precisos e em tempo reduzido.
- d) Existência de leitos para acolhimento dos usuários estabilizados.
- e) Expectativa do usuário e a sua satisfação com todo o processo.

A verificação dessas sub-categorias, face às inúmeras conjunturas que estão envolvidas, e pelo tempo de execução deste estudo, acabar-se-ia por não refletir precisamente o que se quer conhecer. Assim, diante do exposto, avaliamos três categorias, que, mesmo não conseguindo refletir os diversos significados que se remetem à definição de resolubilidade, dá um noção simplificada do cenário apresentado com a implantação dos processos de trabalho que envolve o acolhimento e o acolhimento com classificação de risco e seu efeito no atendimento ao usuário.

O Programa QualiSUS foi avaliado qualitativamente nas organizações hospitalares pesquisadas, de acordo com os parâmetros normativos da portaria que o instituiu.

7 RESULTADOS

7.1 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

Neste capítulo, apresentamos a interpretação dos resultados da pesquisa, a partir do problema, dos objetivos, e sob o gerenciamento dos pressupostos. Inicialmente abordamos alguns aspectos de caracterização dos sujeitos da pesquisa, em seguida apresentamos e discutimos os resultados à luz dos princípios do SUS e de acordo com o programa QualiSUS na Bahia, em consonância com as linhas de pensamento dos seus participantes e a trilogia de Donabedian de estrutura, processo e resultado.

7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Os sujeitos dessa pesquisa se compuseram de:

- a) Comitê gestor SESAB - A gestão do comitê da SESAB desde a sua implantação foi ocupada por três gestoras. Nessa pesquisa participaram a primeira e a atual gestora. Esses sujeitos são duas gestoras do sexo feminino, com formações diferentes, respectivamente enfermeira e administradora hospitalar.

- b) Comitê gestor local - Fizeram parte desse grupo os gestores e os coordenadores do comitê gestor local. No hospital “E” esse grupo se caracterizou por duas pessoas do sexo feminino, sendo a gestora médica e a coordenadora assistente social. No hospital “J” o grupo se compôs de gestor, do sexo masculino e enfermeiro e da coordenadora do ACCR, por não ter no hospital comitê gestor, do sexo feminino e também enfermeira.
- c) Enfermeiras do ACCR - Esse grupo foi composto por sete pessoas do sexo feminino, todas as enfermeiras, sendo duas do hospital “E” e cinco do hospital “J”.

7.3 AVALIAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Dentre a supracitada representatividade de pensamento tem-se no comitê gestor da SESAB, como partícipes entrevistados, tanto a primeira, como a atual coordenadora. Buscamos nos hospitais, as reflexões dos respectivos diretores, e coordenadores desses comitês gestores locais, somando-se aos já citados, as enfermeiras do ACCR, com a representatividade da base funcional.

As questões relativas aos três roteiros³⁴ de entrevistas tiveram como objeto teórico e objeto empírico da pesquisa, diferentes temáticas que assim se formaram: roteiro de entrevistas para comitê gestor local e gestor do hospital SESAB com nove blocos de questões, roteiro de entrevistas para enfermeiras que atuam no ACCR com dezenove quesitos abertos e fechados e roteiro de entrevista para gestores da SESAB com sete quesitos abertos.

7.4 AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA

No componente avaliação da estrutura, conforme descrito no capítulo três, analisamos aspectos referentes a Política de Educação Permanente, Aspectos Tecnológicos, e a Ambiência.

7.4.1 Política de Educação Permanente

³⁴ Foram utilizados quatro roteiros de entrevistas: roteiro de entrevistas para comitê gestor local e gestor do hospital SESAB (apêndice A); roteiro de entrevistas para enfermeiras que atuam no ACCR (Apêndice B); Roteiro de entrevista para gestores da SESAB (Apêndice C) e roteiro de análise documental (Apêndice D).

Tanto no hospital “E” como no hospital “J” não existe uma política de educação permanente estabelecida. O processo de educação se dá mediante ações pontuais. No hospital “J” existe uma programação semanal de sessões clínicas para os trabalhadores da urgência emergência, que foi comprovado com a apresentação das listas de frequência assinadas, e segundo o gestor do hospital existe uma proposta de implantação de uma política para todo o hospital, que não foi apresentada.

“Existe núcleo de educação permanente coordenado pela coordenadora de RH. Estamos em fase de implantação para todo hospital, mas não é específico para emergência, mas há reuniões com discussão de casos na emergência toda quarta feira” (gestor HJ).

Quanto às enfermeiras que realizam ACCR no hospital “E”, todas informam ser especialistas, nenhuma informa ter realizado curso de suporte básico ou avançado de vida além de não ter feito curso de capacitação em ACCR como pode ser percebido na fala da enfermeira quando questionada sobre a realização de alguma capacitação sobre ACCR.

“Tivemos apenas um treinamento assim... muito básico, mas curso mesmo, que ia ser dado, ainda não foi agendado pela Secretaria” (enf.1 HE).

Nenhuma das informações das enfermeiras do hospital “E” quanto à educação permanente foi documentalmente comprovada.

No hospital “J” todas as enfermeiras relatam ser especialista e apenas uma delas relata ser especialista em emergência, porém nenhuma comprovou documentalmente. Todas informam não ter feito curso de suporte avançado de vida e apenas duas realizaram curso de suporte básico, o que também não foi comprovado documentalmente.

Com relação à capacitação para ACCR todas foram unânimes em informam que não fizeram curso ou outra capacitação para essa função, como pode ser percebido na fala de uma das enfermeiras.

“Só participei de um seminário do HumanizaSUS”(enf.3 HJ).

Ao analisarmos as informações quanto ao contexto da Política de educação permanente observamos, por parte dos gestores locais, uma disposição em realizar um projeto

de educação permanente nos hospitais, entretanto não se evidenciou nenhum documento que pudesse revelar essa atividade.

Dentro da proposta do programa QualiSUS está contemplada a capacitação inicial em urgência / emergência, bem como nas práticas de ACCR, para depois implantar com segurança técnica essa ferramenta que requer tal habilitação.

7.4.2 Aspectos Tecnológicos

No hospital “E”, do ponto de vista tecnológico, a área vermelha possui os equipamentos indispensáveis à monitoração das condições de gravidade do indivíduo, bem como para realização de manobras de reanimação, quais sejam: monitor multiparamétrico, sistema de gases, laringoscópio completo, desfibrilador com cardioversor e aspirador, o mesmo acontecendo na área amarela, como foi possível comprovar durante a verificação dos dados e estão transcritos no apêndice F. A sala de ACCR, entretanto não dispõe das mesmas condições tecnológicas, da área vermelha, conforme preconizado pelas diretrizes de implantação do programa.

Ainda na recepção ou no espaço de acolhimento do usuário na unidade, do hospital “E” não existe relação dos serviços da rede pactuados para, quando necessário, referenciá-lo seguramente.

No hospital “J” a unidade de emergência ainda não sofreu reforma para adequação dos espaços, entretanto na prática foi delineado cada espaço preconizado na portaria do QualiSUS nos espaços já existentes, quais sejam: No eixo vermelho, a sala vermelha corresponde à sala de reanimação, a sala amarela corresponde a sala dos médicos³⁵, a área verde corresponde aos consultórios e o eixo azul não existe. Os pacientes considerados como Azul são referenciados.

A sala vermelha, ou sala de reanimação, é composta de equipamentos indispensáveis à reanimação e monitorização do usuário, quais sejam: Monitor multiparamétrico, sistema de gases, laringoscópio completo, desfibrilador com cardioversor e aspirador (Apêndice F).

Na sala de ACCR, ainda no hospital “J” não foram encontrados equipamentos indispensáveis para a avaliação de um usuário, nas cores amarela e verde ou ainda aqueles que não demonstrarem em um primeiro momento a situação de emergência que se determina

³⁵ Sala dos médicos: assim referido por ser o local onde os médicos permanecem para atender aos usuários e observá-los ao mesmo tempo. É constituído de leitos de observação e mesa de escritório para atendimento.

após uma avaliação, quais sejam: monitor multiparamétrico, sistema de gases, laringoscópio completo, desfibrilador com cardioversor e aspirador, nem mesmo outros mais simples, e de menor custo utilizados para realizar um exame físico, quais sejam: mesa para exame, lanterna clínica e otoscópio.

Os aspectos tecnológicos nos hospitais pesquisados contemplam apenas os equipamentos básicos para atendimento de apenas **um usuário** em situação de parada cardiorrespiratória, diferentemente do preconizado, que além de ter equipamentos para atendimento de mais de um usuário em condição de parada cardiorrespiratória, ainda deve ter estrutura tecnológica para mantê-lo monitorizado após sua estabilização e admissão em unidade de complexidade exigida para cada caso.

7.4.3 Aspectos de Ambiência

No hospital “E” existe o espaço da emergência com reforma recente, para que seja possível melhorar os fluxos assistenciais e implantar as ações de Acolhimento e ACCR. Esta é constituída de eixo vermelho, que contempla as áreas vermelha, amarela e verde, e não possui eixo azul. No contexto da ambiência, esses espaços, assim como a recepção, estão em conformidade com o preconizado pelo programa QualiSUS no que se refere a climatização, iluminação, decoração e entretenimento, entretanto apresenta barreira na recepção.

No hospital “J”, ainda sem reforma programada, mas com fluxos adaptados, encontramos na recepção duas barreiras: uma de vidro e um portão, separando usuários do atendimento, diferentemente do que preconiza o programa QualiSUS. Ainda nesse hospital, as cadeiras da pequena recepção são em número insuficiente, não há objetos de decoração e nem entretenimento.

Em ambos os hospitais estudados o acesso da unidade de atendimento pediátrico e de adulto se dá no mesmo espaço. Também existe computador ligado à internet e telefone com linha direta.

A ambiência, nesse sentido, reflete também como facilitador na organização dos processos de trabalho. Nas unidades pesquisadas esse componente, mesmo já tendo sido melhorado, ainda está muito aquém do preconizado pelo programa QualiSUS

7.5 AVALIAÇÃO DO PROCESSO

No contexto da avaliação do processo temos como categorias de análise: a

existência de comitê gestor nomeado; o funcionamento do acolhimento; o funcionamento do acolhimento com classificação de risco (ACCR); a existência de integração entre os municípios e o estado; a existência e o funcionamento da central de regulação de leitos; a existência de sistema de marcação de consultas; a existência e o uso de protocolos sobre acolhimento, sobre ACCR e de protocolos assistenciais.

No hospital “E” existe comitê gestor nomeado. O acolhimento é feito por todos os colaboradores do hospital, em especial pelos estagiários do PermanecerSUS e o ACCR funciona nos turnos diurnos e em dias úteis por falta de pessoal, como pode ser percebido na fala da gestora local e da enfermeira.

“À tarde o acolhimento é mais intenso por conta de um grupo que é do projeto permanecerSUS que assume realmente esse papel.[pausa] O acolhimento é uma lógica, todos devem fazer, em qualquer nível, mas o grupo do permanecerSUS tem mesmo maior compromisso, à tarde” (Gestora local HE).

“Por falta de equipe, enfermeira no momento, agente fez uma adaptação” (Enfª I HE)

Nesse hospital, a pactuação com a rede foi iniciada, entretanto não foi continuada por causa do falecimento da gestora do distrito, sendo retomado em agosto de 2009, como relatado a seguir pela gestora:

“Na verdade agente buscou parceria, mas no início de janeiro de 2009, faleceu a gerente do distrito, só sendo nomeada outra agora em julho de 2009 e vamos ter que recomeçar todo o processo. (gestora local HE)”

No município o funcionamento da Central de Regulação de leitos que não consegue manter uma regulação adequada e o sistema de marcação de consultas que é feito a partir do usuário

No hospital “E” não existem protocolos sobre acolhimento, Protocolos sobre ACCR nem protocolos assistenciais.

No hospital “J” não existe comitê gestor nomeado, e as atividades de ACCR são coordenadas por uma enfermeira, respondente dessa pesquisa como coordenadora desse processo.

O acolhimento e o ACCR funcionam durante o mesmo período de funcionamento da emergência, e estão sob a responsabilidade de seis enfermeiras do grupo, apoiadas por técnicos de enfermagem em todos os turnos.

No município do hospital “J” existe pactuação, mesmo incipiente, com central de

regulação de leitos e central de marcação de consultas, esta última sendo realizada pelo próprio usuário pessoalmente.

Embora referenciado por quatro das cinco enfermeiras entrevistadas no hospital “J”, os protocolos de ACCR não existem, apenas tem-se um fluxograma desenhado em um banner que serve como instrumento norteador para a classificação de risco.

Quanto à resistência por parte de algum trabalhador no hospital para que as enfermeiras realizem o ACCR, nos dois hospitais, apenas duas do hospital “J” referiram não haver resistência, as demais foram unânimes em revelar a resistência por parte dos médicos e até de outras enfermeiras e técnicos de enfermagem conforme relato da enfermeira do hospital “E”:

“Muito, muito, muito, olhe, eu acho é a falta de entendimento do que seja ACCR, eles trocam tudo [...] A parte médica acha que agente está lá só pra medir PA e glicemia [...] também algumas colegas não compreendem na hora que a gente fala que é para passar o paciente na frente [...] (Enfª1 HE).

Os protocolos assistenciais estão sendo elaborados aos poucos, segundo informações do gestor do hospital, entretanto não foi verificado na análise documental.

Nos dois hospitais estudados as enfermeiras de ACCR executam exclusivamente essa atividade, estando às atividades assistenciais fora do ACCR por conta de outro grupo de trabalho.

As ações de acolhimento e ACCR nos hospitais avaliados, quando ocorrem, são baseadas na experiência do profissional, portanto sem nenhuma sistematização, assim como as condutas assistenciais, diferente do que está preconizado pelo programa QualiSUS.

7.6 AVALIAÇÃO DOS DADOS RESULTADOS

A apresentação dos dados de Resultados, conforme descrito anteriormente no capítulo três desse estudo atende aos requisitos: tempo de permanência do usuário na emergência (do início ao final do atendimento); taxa de mortalidade em menos de 24 horas na emergência; e a existência de opinário sobre o grau de satisfação dos usuários e familiares na emergência.

Nos hospitais estudados não são contemplados as verificações de tempo de permanência dos usuários na unidade de emergência, entretanto em ambos a taxa de

mortalidade em menos de 24 horas na emergência é verificada e apresentam resultados dentro do padrão esperado. Da mesma forma existe opinário nas duas unidades.

No Hospital “J” o opinário é verificado e os dados são discutidos em reunião de coordenadores, como pode ser observado na fala do gestor:

“Os dados são condensados, e todos os pacientes que se identificam recebem uma resposta. As não conformidades levantadas são discutidas, com cada serviço, em reuniões de coordenação” (Gestor J).

No Hospital “E” os únicos documentos apresentados foram a publicação da nomeação do comitê gestor, a relação de colaboradores por cargo, para que se pudesse confirmar as categorias por tipo de vínculo, as estatísticas de taxa de mortalidade na emergência e os formulários e as estatísticas do opinário, que ratificaram as informações prestadas pelos gestores do hospital e gestores locais do QualiSUS.

No Hospital “J” foram apresentados os seguintes documentos: instrumento de pactuação, relação de colaboradores com vínculo empregatício, o registro das discussões de casos realizadas às quartas-feiras, e as estatísticas de óbito e opinário, bem como o formulário utilizado como opinário.

Observamos que nos hospitais pesquisados não existe um programa de educação permanente elaborado, como preconizado pelo QualiSUS, mesmo existindo momentos pontuais de aprendizagem organizacional, entretanto foi evidenciada a intenção de se construir e operacionalizar um programa de educação para os trabalhadores, em ambos os hospitais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados nesse estudo, evidenciamos a confirmação do pressuposto: o programa QualiSUS não está implantado nos hospitais pactuados e não pactuados conforme Portaria Ministerial n. 3.125 de 7 de dezembro de 2006.

1. CONTEXTO NO QUAL VEM SE DANDO A IMPLANTAÇÃO DO QUALISUS

Decorridos quatro anos de celebração do convênio entre o MS e a SESAB, os dados que se apresentam nesta dissertação apontam para a baixa adesão dos hospitais ao programa QualiSUS, seja por questões que envolvem a operacionalização de ações que podem ser delimitadas dentro da organização hospitalar ou sejam por questões da SESAB.

O cenário encontrado se caracteriza por: inexistência de acolhimento e de ACCR funcionando durante o funcionamento da urgência / emergência, inexistência de protocolos de acolhimento, de ACCR e assistenciais; ambiência portando barreiras e sem climatização adequada; rede de serviços sem pactuação ou com funcionamento incipiente; condições tecnológicas que não contemplam as necessidades dos usuários seja pela inexistência ou pelo número insuficiente, ausência de instrumentos gerenciais de controle do tempo de permanência dos usuários na unidade de urgência / emergência, ausência de uma política de educação permanente voltada para trabalhadores do serviço de urgência / emergência, déficit quantitativa e qualitativa dos trabalhadores de urgência / emergência, seja pela falta de formação para o serviço seja pelo número insuficiente de trabalhadores, sobretudo no ACCR, dentre outros.

2. BASES DE SUSTENTAÇÃO DO QUALISUS

Além do cenário supracitado, evidenciamos como pano de fundo, a existência de colaboradores pouco sensibilizados para as ações de acolhimento e de ACCR e a resistência de algumas categorias para que o ACCR seja realizado pelas enfermeiras.

Ainda nesse contexto se tem como consequência da falta de uma política de educação permanente para trabalhadores da urgência/ emergência, o desconhecimento desses trabalhadores sobre as políticas públicas voltadas para a urgência / emergência, a exemplo da Política de Humanização e, por conseguinte, do Programa QualiSUS.

Assim as bases de sustentação do Programa QualiSUS são frágeis ou mesmo inexistentes.

Ainda foi evidenciado nesse estudo é que as enfermeiras que atuam no ACCR trabalham de forma empírica, baseado na sua experiência profissional, uma vez que nenhum protocolo está estabelecido nas unidades estudadas, há apenas um fluxograma em um dos hospitais (hospital “J”), e mesmo nessas condições de trabalho, acreditam que a implantação do ACCR tem repercutido de forma positiva para melhoria do atendimento aos usuários e se sentem estimuladas a continuar realizando esta ação.

Outro resultado desse estudo é que a premissa de pactuação não impacta na implantação do programa, visto que requer além de mudanças comportamentais, outras, como as de fluxo, ambiência, de tecnologia, são necessárias mesmo estando claro que ambos são importantes como se pode perceber que no hospital “J”, que não está pactuado, e, por conseguinte não recebeu recursos financeiros para obras (ambiência) e para aquisição de equipamentos (tecnologias) conseguiu, com mudança de comportamento da equipe e melhoria dos fluxos internos, melhorar significativamente o acesso dos usuários ao serviço e a consequente diminuição do sofrimento e de mortes evitáveis dos usuários.

3. FATORES QUE INFLUENCIARAM A IMPLANTAÇÃO DO QUALISUS

Do ponto de vista de gestão, o programa QualiSUS foi gerenciado por três gestoras, com formação que variou desde a primeira gestão, de enfermeira, seguida da gestão de uma assistente social e atualmente uma administradora, o que parece ter repercutido nas formas de concepção do programa, de acordo com a formação da gestora, ou seja, pela formação, acredita-se que cada categoria tenha focado sua atenção no que mais pode ser percebido pela evolução das ações em cada período, o que influenciou negativamente na condução do Programa pois a gestão deve gerir todos os processos e não apenas aqueles aos quais mais se está sensibilizado.

As ações na primeira gestão foram voltadas para implantação dos protocolos assistenciais e ACCR, no período da segunda gestão tem-se a evolução do acolhimento com a introdução dos estagiários do PermanecerSUS ³⁶ e atualmente a gestão está voltada para organização dos processos de trabalho. Portanto inferimos que a gestão do programa QualiSUS deve ser conduzida por uma equipe multiprofissional que seja capaz de conduzir o

³⁶ PermanecerSUS: é um programa voltado para o Acolhimento de usuários nas unidades de saúde. Composto por estudantes universitários dos cursos de enfermagem, serviço social e outros (BRASIL,2001b).

programa em várias direções, sobre as diversas exigências que o programa define, tais como: mudanças de ambiente, mudanças de fluxo, padronização de condutas técnicas e administrativas, qualificação das equipes de trabalho, mudança de comportamento de trabalhadores e usuários, humanização da atenção, entre outros e não mais seja conduzido de forma unidirecional.

Não se pode admitir a improvisação no atendimento a usuários em unidades de urgência / emergência, bem como não se pode permitir que o usuário para ter acesso à saúde tenha que utilizar os serviços destinados à situação de risco de morrer, como é o caso das unidades de urgência / emergência. Portanto, do ponto de vista do Sistema de Saúde, deve-se implementar ações para que os serviços existentes nas unidades básicas de saúde sejam capazes de oferecer aos usuários, os serviços de que necessitam para que possam recuperar a credibilidade e diminuir o fluxo nas unidades de urgência / emergência de usuários classificados como verde e azul.

4. AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA

Identificamos que a Política de Educação Permanente está muito longe do acesso de alguns profissionais, seja pela falta de ocorrerem nos serviços onde trabalham, seja pela falta de vontade individual em agregar melhoria técnica.

No que refere aos aspectos tecnológicos, nos dois hospitais estudados, evidenciamos a inadequação destes para o atendimento de urgência / emergência, sejam tecnologias leves ou pesadas, tornando o processo de atendimento empírico e favorecendo , além da demora, um atendimento de baixa qualidade.

No que diz respeito aos aspectos de ambiência, mesmo tendo o hospital “E” sido submetido a reforma na sua estrutura, ainda não contempla de forma adequada a proposta preconizada pelo QualiSUS, da mesma forma que o hospital “J” que agrega ainda as amarras de barreiras.

5. AVALIAÇÃO DO PROCESSO

Evidenciamos que a inexistência do comitê gestor no hospital “J” não impede a implantação nem o funcionamento do Programa. O acolhimento realizado por pessoas determinadas, como o grupo do permanecerSUS, como no hospital “E” está incompatível com o preconizado pelo QualiSUS, que estabelece que **todos** devam ter atitudes acolhedoras. O

ACCR com funcionamento apenas em dias úteis e horário diurno, também não se torna efetivo, uma vez que deve funcionar nos mesmos horários e dias da unidade de urgência e emergência.

Ainda o ACCR realizado nas unidades estudadas não se baseiam em nenhum protocolo institucionalizado, apenas no hospital “J” segue um roteiro simples, tornando esta ferramenta ineficiente e por vezes pouco eficaz.

A falta de pactuação da rede municipal, no município do hospital “E” dificulta a organização do serviço que fica sem parâmetros de referências, prejudicando o usuário, com a diminuição da acessibilidade, da mesma forma que a marcação de consultas só é possível a partir do próprio usuário, o que do ponto de vista da demanda do acolhimento o torna engessado.

Os protocolos assistenciais, tanto médico quanto de enfermagem, essenciais para a organização do cuidado e preconizado pelo QualiSUS, inexistente nesses e como consequência não há padronização de condutas, o que favorece a realização de procedimentos desnecessários dificultando até o processo de gerenciamento desse cuidado.

6. AVALIAÇÃO DO RESULTADO

A falta do dado relativo ao tempo de permanência do usuário na unidade de urgência / emergência, embora não preconizado pelo programa, mas estabelecido nesta pesquisa, se constitui em uma ferramenta importante para verificação da resolubilidade, estabelecido no pelo QualiSUS, sem muito detalhamento.

A existência do opinário nas unidades pesquisadas, parece não ter refletido na qualidade dos serviços de urgência / emergência pois existem nas duas unidades estudadas e não se verificou nenhuma melhoria em detrimento desse processo.

A mortalidade dentro dos padrões preconizados não pode refletir a qualidade dos serviços prestados por esses hospitais, uma vez que sua clientela não tem perfil de urgência.

O Programa QualiSUS é um programa verticalizado, que, mesmo melhorando significativamente a atenção ao usuário no serviço de emergência / emergência, está muito longe de contemplar o acesso às ações de saúde que devem se desenvolver na rede básica, o que o Programa QualiSUS tem apenas que pactuar.

O QualiSUS, mesmo não podendo resolver os problemas de saúde da comunidade, ele é capaz de organizar o atendimento nas unidades de urgência / emergência o que melhora o atendimento aos usuários, dá uma melhor organização do serviço, diminui o

nível de estresse dos profissionais que ali atuam e por conseguinte promove a satisfação dos usuários e trabalhadores e ainda promove educação da comunidade acerca de qual serviço deve procurar diante de cada necessidade que apresentar.

Mesmo diante de todas as questões que emergiram desse estudo, é explícito que a implantação do programa QualiSUS apresenta efeitos na melhoria do acesso aos usuários e na diminuição de sofrimento e mortes evitáveis, portanto a sua implantação de forma efetiva deve ser contemplada não só pela esfera estadual, mas ser descentralizada para os demais municípios, independente de estarem pactuados ou não, pois esse programa tem como pressuposto a universalidade, a equidade e a participação social, da mesma forma que se estabelecem nos princípios do SUS (BRASIL,1988).

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito. Rio de Janeiro, 1989

_____. **NBR 6027**: informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6028**: informação e documentação: resumo: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6034**: informação e documentação: Índice de publicação: procedimento. 2.ed. Rio de Janeiro, 2004.

_____. **NBR 10520**: informação e documentação: apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 12225**: informação e documentação: lombada: apresentação. 2. Ed. Rio de Janeiro, 2005.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. 2.ed. Rio de Janeiro, 2005.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Guia Básico. Indicadores para o Monitoramento do Desempenho Hospitalar**. Bahia, 2002.

_____. Secretaria da Saúde. Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde. Diretoria da Assistência à Saúde. Coordenação de Regulação. **Manual para Implantação de Centrais de Regulação**. Bahia, 2003.

_____. Secretaria da Saúde do estado. **Portaria nº 571**, publicada no Diário Oficial (DOE) em 08 de março de 2007. Institui o programa QualiSUS na Bahia.

_____. Secretaria da Saúde do estado. Superintendência de Assistência Integral à Saúde. Diretoria de gestão da rede própria. **Prontuário gerencial da unidade** - documentação indireta, 2009.

BRASIL. DATASUS. **Central de marcação de consultas**. Disponível em www.datasus.gov.br/catalogo/cmc/cmc.htm acesso em 15 de janeiro de 2010.

_____. Resolução **C.N.S. nº 196** de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1996.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988 disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm, acesso em 21 de novembro de 2009).

_____. Lei nº 8.080, de 19 de outubro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 1990 a. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>; acesso em 15 outubro de 2009

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 1990b. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf> acesso em 15 de outubro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 881 de 19/06/2001. Institui o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Publicado em 21/06/2001. Brasília, DF, 2001 a.

_____. Ministério da Saúde. Urgência e Emergência: **Sistemas Estaduais de Referência para o Atendimento de Urgência e Emergência**. Brasília, DF: editora do Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**. Publicado em 30 de setembro de 2003. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília, DF: editora do Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilhas da Política de Humanização**. Brasília, DF : editora do Ministério da Saúde; 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos**. Brasília, DF: editora do Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Institui o Programa QualiSUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Publicado em 18/11/2005. Brasília, DF, 2005b

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, **Diário Oficial da União**. Publicado em 23/02/2006. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125 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, **Diário Oficial da União**. Publicado em 07/12/2006. Brasília, DF 2006b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: Resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.972 de 9 de dezembro de 2008 -Orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. **Diário Oficial da União**. Publicado em 09/12/2008. Brasília, DF, 2008

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha de Humanização**. Brasília, DF: editora do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. 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, DF: editora do Ministério da Saúde, 2009b.

DESLANDES, S. **Humanização: Revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica**. In: Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAPELLA, B. **Uma abordagem sócio-humanística para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas: ed. Universitária / UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / UFSC, 1998.

CECÍLIO, L. C. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul /set, 1997.

DIOP, MAKHTAR, **Agencia Nacional de notícias**. Acessível em <http://www.agenciabrasil.gov.br:80/noticias>: acesso em 30/12/2009.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. In: **Explorations in quality assessment and monitor ing**. Michigan: Health Adm. Press, 1980, V.I, caps. 1 e 3.

DUARTE, R L **Manual de Boas Práticas em Laboratórios Clínicos**. Procedimentos Operacional Padrão. ANVISA, 2005.

FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. – **Concentration and choice in health care**. London, Financial Times Healthcare, 1997.

FLEURY, S; OUVERNEY, A.M. **Política de Saúde: uma política Social**. in: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Organizado por Lúgia Giovanella. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2008.

FORTES, P A C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Revista Saúde e Sociedade** v13n3set-dez-2004

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **História da Classificação de risco no mundo**. Disponível em <http://gbacr.com.br>: acesso em 15 de Outubro de 2009

GUSMÃO FILHO. **Análise de implantação da política de qualificação da atenção à Saúde do sistema único de saúde em três Hospitais do município do Recife**.2008.325f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

JOOS, C.D. ISO 9000 .**Em busca satisfação do cliente - da a satisfação do cliente e a ISO 9000: 2000** por Carlos d. Joos* acessível em <http://www.philipcrosby.com.br> acesso em 24/12/2009.

LAVILLE, C e DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da UFMG**, Belo Horizonte: editora UFMG,1999.

LEOPARDI, M. T. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. 1edição. Florianópolis: editora Papa-livros, 1999.

MARINHO, M.C.N. **As transformações no mundo do trabalho e suas implicações na formação do executivo**. 2005.154f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Goiás. Goiânia, GO, 2005.

MASSARO, A; ABBÊS, C - **Acolhimento e Classificação de Risco**-Apresentação na oficina QualiSUS. Bahia, outubro, 2007.

MENDES, V. L. P. S. **Gerenciando Qualidade em Serviços de Saúde**. 1994. 325f Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

MENDES, E.V. **Os Grandes Dilemas do SUS**: tomo II - Salvador, BA: editora: Casa da Qualidade, 2001. .

MINAYO, M C S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11ª ed. São Paulo:ed.Hucitec, 2008.

NAZÁRIO, O. N. **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de Emergência/Urgência**. 1ª edição. Florianópolis: editora Insular LTDA, 1999.

NORONHA, J. C. **O Sistema Único de Saúde**. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Organizado por Lígia Giovanella. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2008 .

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Grupo de Trabajo de Expertos em Políticas de Desarrollo de Sistemas Nacionales de Servicios de Urgencia Médica**. México: SérieOrganizacion y Gestion de Sistemas y Servicios de Salud. 1998.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueiras. **Metodologia de implantação do QualiSUS**, Recife,2005.

PAGLIOSA, F. L ; Da Ros M A. **O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal** . *Revista Brasileira de Educação Médica*. v.32(4).p.492-499.2008.

PAIM, J.S. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Organizado por Lígia Giovanella. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2008.

PIRES, D. E. P. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Programa de Pós graduação em Enfermagem da UESC .Florianópolis: ed. Papa-livros, 1999.

POLIT, D. BECK,C ; HUNGLER B. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª edição. Porto Alegre:editora Artmed. 2004.

REHEM, R. **Construindo o SUS**. A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas do governo. 2002.102f .Dissertação (Mestrado em

Administração de Saúde) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

REIS E.J. F. B, et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde:** notas bibliográficas. *Cad. Saúde pública*, v.6 n.1 Rio de Janeiro. Jan./Mar. 1990.

RODRIGUES, P. H, SANTOS, I. S. **Saúde e Cidadania:** Uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: editora Atheneu, 2009.

RODRIGUES, J. M. **Participação cidadã e acessibilidade aos serviços básicos de saúde do usuário em situação de pobreza.** 2008. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

RODRIGUEZ, J. M. **Emergências.** 1 ed.. Rio de Janeiro:editora Mcgraw-Hill, 2002.

SANTOS, R.N. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde:** tendências e desafios após 20 anos. *Revista Saúde em Debate*, n. 31, v.33, Rio de Janeiro, 2009.

SÃO PAULO, Associação Paulista de Medicina & Conselho Regional de Medicina do Estado. Programa de Avaliação e Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar,. **Informativo CQH**, ano I, nº 3, julho 1992. São Paulo, 1992

SAUPE, R e MASSAROLI, A. **Distinção conceitual:** educação permanente e educação Continuada no processo de trabalho em saúde. Acessível em www.abennacional.org.br. acesso em 25/12/2009.

SCARAZATTI, G. Arquitetura e humanização: O conceito de ambiência. In: Organização Panamericana de saúde (Ed.). **Estratégia de continuidade e expansão das atividades do qualiSUS.** Recife, 2005.

SCOREL,S.**História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990:** do golpe militar à Reforma Sanitária. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Organizado por Lígia Giovanella. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2008.

SHIROMA, L.M.B.**Classificação de risco em serviços de emergência no contexto da Política Nacional de Humanização do SUS – um desafio para enfermeiros/as.**2008.120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SILVA, L.M.V. **Educação Médica e Organização dos Serviços de Saúde.** Divulgação em *Saúde para Debate* n.5 p.85-62,1991.

SOUZA, S E B. **QualiSUS: uma prática de gestão da assistência e do risco.** In:..IX Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde, 124 . FGV. São Paulo, 2009.

SOUZA, W. S e MOREIRA, M.C.N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface*, vol.12, n.25, pp. 327-338. Abr /jun.2008.

TANAKA, O. Y; MELLO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente:** Um modo de fazer. São Paulo: ed. da Universidade de São Paulo, 2001.

VALLA, J. **A análise de conteúdo** In: Metodologia das ciências Sociais .A.S.Silva & J.M.Pinto (orgs). 10ª edição. Porto: edições Aprofundamento,1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado Avaliação do QualiSUS desenvolvido pela mestrandia Sandra Ely Barbosa de Souza Barbosa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Prof^a Dr^a Vera Lúcia Peixoto Mendes.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é Avaliar a implantação do Projeto QualiSUS em Salvador e Região Metropolitana.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou sua orientadora.

A pesquisadora me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Salvador, ____ de _____ de ____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COMITÊ GESTOR DO HOSPITAL

ANÁLISE DO ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO	
Os quesitos do formulário das entrevistas abaixo tanto tratam do levantamento de informações do hospital fundamentados na portaria nº 3215.Dez.2006.	
TEMÁTICA A: DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL	
A.1	O questionamento quanto ao nome do hospital tem como propósito identificar qual o hospital que está sendo foco das entrevistas,.
A.2	O questionamento quanto ao endereço correlaciona-se com o questionamento anterior quanto ao nome do hospital
A.3	O questionamento quanto ao número de leitos se refere ao nível do hospital quanto ao intento de atendimento ao usuário
A.4	O questionamento sobre o nome do gestor tem o propósito de identificar o gestor da unidade que por sua vez faz parte também do comitê gestor do QualiSUS no hospital
A.5	O questionamento sobre a referência tem a intenção de conhecer sobre sua referência de atendimento que está definida no perfil definido pela SESAB
A.6	O questionamento sobre a área de abrangência tem o propósito de conhecer a área residencial a que pertence os usuários desse hospital
A.7	O questionamento sobre a existe comitê gestor do QualiSUS nomeado no Hospital tem o propósito de conhecer a existência se existe unidade gestonária do QualiSUS no hospital
A.8	O questionamento sobre qual o vínculo dos profissionais envolvidos no Acolhimento e no ACCR tem o propósito de conhecer o vínculo empregatício que o trabalhador envolvido com essas ferramentas tem com a organização_
A.9	Questionamento sobre a existe de uma rede pactuada no município onde localiza-se o hospital tem a intenção de conhecer se há acessibilidade e integralidade no atendimento ao usuário
A.10	O questionamento sobre a existência de urgência / Emergência pediátrica separada da de Adulto pretende conhecer esse fato para poder relaciona-lo com as especificidades existentes entre o atendimento de crianças.

TEMÁTICA B: ACOLHIMENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

- B.1 Questiona-se sobre a existência do Acolhimento funcionando no serviço de urgência / emergência para conhecer sobre seu funcionamento
- B.2 Questiona-se, na existência do funcionamento do Acolhimento, em quais turno este funciona para conhecer se seu funcionamento é durante o funcionamento do serviço de urgência / emergência
- B.3 Questiona-se sobre qual a categoria funcional que realiza o Acolhimento para conhecer se essa categoria é do grupo ocupacional de saúde ou é administrativo.
- B.4 Questiona-se sobre existência de procedimento operacional padrão para o Acolhimento para conhecer se há padronização das ações no acolhimento
- B.5 Questiona-se sobre como é feito o processo de acolhimento no serviço de urgência / emergência para conhecer se essa execução está sendo feita como padronizada

TEMÁTICA C : ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)

- C.1 Questiona-se se o hospital realiza ACCR para conhecer se está implantado o ACCR;
- C.2 Questiona-se que, estando o hospital realizando ACCR, este procedimento ocorre em que turnos para saber se são os mesmos de funcionamento da urgência / emergência;
- C.3 Questiona-se quem realiza o ACCR para saber se este é realizado pela enfermeira ou outro profissional;
- C.4 Questiona-se quanto a existência de procedimento operacional padrão escrito para a operacionalização do ACCR para saber se existe padrão de conduta dentro do serviço de urgência / emergência;
- C.5 Questiona-se como é feito o processo de ACCR para saber como se realiza esse procedimento para conhecer como se desenvolve esse processo.

TEMÁTICA D: INTEGRAÇÃO ENTRE MUNICÍPIO E ESTADO COM A REDE, REGULAÇÃO E CENTRAL DE LEITOS HOSPITALARES

- D.1 Questiona-se sobre a existência de Central de Regulação de leitos funcionando no município onde o hospital se localiza para saber se está sendo operacionalizada a regulação dos leitos;
- D.2 Questiona-se sobre a existência de agendamento de consultas na rede municipal para saber se há possibilidade de se agendar os usuários que necessitem desse procedimento;
- D.3 Questiona-se, no caso de funcionamento do agendamento de consultas, como esse é feito esse agendamento.

TEMATICA E: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DEFINIÇÃO DE PAPÉIS

Questiona-se quanto a existência de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) na unidade de Urgência / Emergência para saber se os procedimentos são padronizados;

E.2 Questiona-se que, na existência de POPs quais existem para se conhecer sobre quais procedimentos são padronizados na unidade de urgência / emergência;

E.3 Questiona-se que, se não existem POPs por que não existem para se conhecer o(s) motivo(s) da não padronização de procedimentos.

TEMATICA F: GESTÃO PARTICIPATIVA E DEMOCRÁTICA

F.1 Questiona-se se há participação de algum representante da comunidade nas reuniões com gestores da organização para saber se há gestão participativa

TEMATICA G : POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

G. 1 Questiona-se quanto a existência de uma política de educação permanente para os colaboradores da urgência / Emergência para se conhecer se existe educação permanente na unidade de urgência / Emergência;

G. 2 Questiona-se se a equipe multiprofissional que atua na Urgência / Emergência possui treinamento específico de Suporte Básico de Vida para conhecer sobre a qualificação dois trabalhadores da urgência / Emergência;

G. 3 Questiona-se se a equipe multiprofissional que atua na Urgência / Emergência possui treinamento específico de Suporte Avançado de Vida para conhecer sobre a qualificação dois trabalhadores da urgência / Emergência;

G. 4 Questiona-se se os profissionais que trabalham no Acolhimento receberam treinamento para se conhecer se os profissionais que realizam Acolhimento estão qualificados para tal função;

G. 5 Questiona-se se os profissionais que trabalham no ACCR receberam treinamento para se conhecer se os profissionais que realizam ACCR estão qualificados para esta função;

TEMÁTICA H : CONDIÇÕES TECNOLÓGICAS E AMBIÊNCIA

H. 1. Questiona-se se os ambientes na urgência / emergência são compostos dos itens abaixo relacionados para

conhecer como são as condições tecnológicas e de ambiência do serviço de urgência / emergência;

H1.1 Climatização em todos os espaços para conhecer sobre o conforto dos usuários e trabalhadores;

H1.2 Se na recepção existe barreiras para conhecer sobre a humanização no processo de acolhimento;

H1.3 Se na sala de espera existe boa iluminação para conhecer sobre o conforto de trabalhadores e usuários;

H1.4 Se existe área vermelha com box para procedimento invasivo para saber se há local adequado para atendimento de emergência;

H1.5 Se existe área amarela com sala de retaguarda e sala de observação para, respectivamente, estabilizar o paciente e mantê-lo em observação na unidade de urgência / emergência;

H1.6 Se existe área verde com sala de retaguarda e sala de observação para, respectivamente, estabilizar o paciente e mantê-lo em observação na unidade de urgência / emergência;

H1.7 Se existe área azul com sala de apoio e sala de procedimento para, respectivamente, apoiar o serviço e realizar pequenos procedimentos na unidade de urgência / emergência;

H1.8 Se existe unidades de apoio tais como copa e sala de estar para as equipes de trabalho

H. 2.1 Questiona-se quanto a existência dos equipamentos abaixo relacionados nos diversos espaços da unidade urgência / emergência para saber como é operacionalizado o atendimento aos usuários:

H.2.2 No espaço destinado ao acolhimento a existência de telefone com linha direta, um aparelho de Fax, a relação da rede referenciada, um microcomputador com internet conectada;

H.2.3 Na recepção a existência de telefone, um microcomputador com internet conectada;

H.2.4 Na sala de espera a existência de cadeiras em número adequado ao espaço, objetos de decoração e entretenimento para usuários que aguardam para serem atendidos;

H.2.5 No consultório para ACCR a existência de mesa para exame, monitor multiparamétrico, glicosímetro, suporte de soro, lanterna clínica, otoscópio, estetoscópio, sistema de gases, ventilador por pressão, balança adequada ao usuário, laringoscópio com jogo de lâminas, desfibrilador com cardioversor e aspirador para atendimentos aos usuários;

H.2.6 Na área vermelha e existência de carros maca, monitor multiparamétrico, glicosímetro, suporte de soro, lanterna clínica, otoscópio, estetoscópio, sistema de gases, desfibrilador com cardioversor, ventilador por pressão, aspirador, biombo e mesa auxiliar para atendimento aos usuários;

H.2.7 Na área amarela a existência de carros maca, monitor multiparamétrico, glicosímetro, suporte de soro, lanterna clínica, otoscópio, estetoscópio, sistema de gases, desfibrilador com cardioversor, ventilador por pressão, aspirador e biombo para atendimento aos usuários;

H. 2.8 Na área verde a existência de: carros maca, monitor multiparamétrico, glicosímetro, suporte de soro, lanterna clínica, otoscópio, estetoscópio, sistema de gases, desfibrilador com cardioversor, ventilador por pressão, aspirador e biombo para atendimento aos usuários;

H.2.9 Na área azul a existência de maca para exame, glicosímetro, lanterna clínica, otoscópio, estetoscópio, biombo, mesa de escritório e cadeiras para atendimento aos usuários;

TEMÁTICA I: RESOLUBILIDADE

I.1 Questiona-se quanto ao tempo de permanência do usuário na emergência para se conhecer se este usuário

permanece por mais de 24 horas na unidade de urgência / emergência;

I.2 Questiona-se quanto aos indicadores mensais referentes a coeficiente de mortalidade de pacientes com menos de 24 horas na emergência para se conhecer se esse coeficiente está superior a 3,8% ;

I.3 Questiona-se a existe de formulário de satisfação de usuário no serviço de urgência / emergência para se conhecer sobre a satisfação ou não do usuário do serviço.

APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIRAS QUE ATUAM NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

ANÁLISE DO ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO	
Os quesitos das entrevistas abaixo tratam de questões a cerca da enfermeira que atua no ACCR.	
1.	Identifica-se a enfermeira com letras do alfabeto para caracterização das mesmas de acordo com o hospital
2.	Questiona-se a cerca do vínculo empregatício da enfermeira para saber se é servidora pública ou possui outro tipo de vínculo
3.	Questiona-se se a enfermeira possui alguma especialização para se conhecer sobre sua qualificação profissional
4.	Questiona-se se a enfermeira possui curso de formação em Urgência/ Emergência para saber se a enfermeira está qualificada para o trabalho em serviço de urgência / emergência conforme o preconizado pelo QualiSUS
5.	Questiona-se se a enfermeira fez algum curso de suporte de vida para saber sobre sua formação em suporte de vida
6.	Questiona-se, se em caso afirmativo, o curso de suporte foi básico ou avançado para saber sobre o nível de formação da enfermeira
7.	Questiona-se se a enfermeira participou de algum curso sobre ACCR para saber a sua qualificação sobre ACCR
8.	Questiona-se, se em caso afirmativo sobre a formação sobre ACCR, há quanto tempo ele foi realizado para se conhecer o tempo transcorrido entre o curso de formação e a atuação em ACCR
9.	Questiona-se se a enfermeira se sente segura tecnicamente para realizar o ACCR para saber sobre a segurança da enfermeira em realizar o ACCR
10.	Questiona-se sobre a existência de protocolos de ACCR na sua unidade de trabalho da enfermeira para saber se as ações executadas estão padronizadas
11.	Questiona-se que, em caso afirmativo, se a enfermeira participou da elaboração desses protocolos para se conhecer se esses protocolos são um consenso da equipe de enfermeiras que atuam no ACCR
12.	Questiona-se quanto a existência de protocolos assistenciais na sua unidade de trabalho da enfermeira para saber se as ações de enfermagem são padronizadas
13.	Questiona-se que, em caso afirmativo, se a enfermeira participou da elaboração desses protocolos para se conhecer se esses protocolos assistenciais é um consenso da equipe de enfermeiras.
14.	Questiona-se se a enfermeira conhece o Sistema de referência e Contra-referência do município para saber se, no caso de existir essa referencia e contra-referência ela é do conhecimento da enfermeira
15.	Questiona-se se a enfermeira percebe alguma resistência por parte de outros profissionais que ela realiza o ACCR para saber se é percebida pela enfermeira alguma resistência de outro profissional da equipe
16.	Questiona-se na existência de resistência de algum profissional para que a enfermeira realize o ACCR, qual seria essa (s) categoria(s) para se conhecer a cerca de qual categoria é percebida pela enfermeira como resistente execução do ACCR pela enfermeira

17.	Questiona-se o que a enfermeira conhece sobre a Política Nacional de Urgência / Emergência para saber qual o conhecimento ou entendimento que a enfermeira tem acerca dessa política
18.	Questiona-se o que a enfermeira conhece sobre a Política Nacional de Humanização para saber qual o conhecimento ou entendimento que a enfermeira tem acerca dessa política
19.	Questiona-se o que a enfermeira conhece sobre o programa QualiSUS para saber qual o conhecimento ou entendimento que a enfermeira tem acerca desse programa
20.	Questiona-se a cerca do que a enfermeira acha que aconteceu com o atendimento ao usuário com a implantação do QualiSUS para conhecer se foi percebido por ela alguma mudança capaz de melhorar ou dificultar o atendimento aos usuários no serviço
21.	Questiona-se, o que ocorreu na prática de enfermeira com a implantação do ACCR na unidade de urgência / emergência do hospital para conhecer se foi percebido alguma mudança na prática profissional da enfermeira.

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTOR SESAB E GESTOR DO QUALISUS SESAB

ANÁLISE DO ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO	
Os quesitos do formulário das entrevistas abaixo tanto tratam do levantamento de informações dos gestores da SESAB e gestores do qualisus da SESAB	
1.	Questiona-se sobre qual a função desempenhada pelo entrevistado no cenário da pesquisa: se gestor da SESAB ou gestor do QualiSUS para se conhecer qual o gestor está sendo entrevistado.
2.	Questiona-se há quanto tempo foi celebrado o convênio entre a SESAB e o Ministério da Saúde para a implantação do QualiSUS no estado da Bahia para se conhecer o tempo de celebração do convênio
3.	Questiona-se quais hospitais foram pactuados com o Ministério da Saúde para implantação do QualiSUS para se conhecer sobre quais os hospitais foram pactuados.
4.	Questiona-se sobre quais as ações do programa QualiSUS que estão implantadas nos hospitais pactuados para se conhecer quais as ações estão implantadas nos hospitais
5.	Questiona-se em quais hospitais essas ações estão implantadas para se conhecer sobre a implantação das ações por hospital
6.	Questiona-se se o gestor tem conhecimento de algum hospital da rede sob gestão da SESAB que esteja com alguma das ações do QualiSUS implantada sem estar pactuado para se conhecer sobre algum hospital da SESAB que esteja com QualiSUS implantado mesmo sem pactuação
7.	Questiona-se que se afirmativa a resposta anterior, em qual unidade hospitalar está ocorrendo para se saber sobre qual hospital essa ação está ocorrendo.
8.	Questiona-se quais as facilidades e quais as dificuldades encontradas para implantação do QualiSUS nos hospitais pactuados para se conhecer as facilidades e dificuldades encontradas nesse processo de implantação do programa QualiSUS

APÊNDICE E – MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DO COMITÊ GESTOR LOCAL

A-DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL		
A.1 NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
A.2 ENDEREÇO	Salvador	Jequié
A.3 N° DE LEITOS	62 leitos	Instalada 175 e CNES 138
A.4 GESTOR	MLASPC	GBV
A.5 REFERÊNCIA	Especificamente nada, atende tudo	Urgência / emergência
A.6 ÁREA DE ABRANGÊNCIA	Subúrbio ferroviário	Microregião de Jequié e municípios circunvizinhos
A.7 COMITÊ GESTOR NOMEADO	Sim	Não
A.8 VINCULO TRABALHADORES ACOLHIMENTO E ACCR	Servidor	Servidores, REDA estado e Reda município
A.9 REDE PACTUADA	Em parte, estamos tentando recomençar a pactuação	Sim
A.10 URGENCIA PEDIÁTRICA SEPARADA DA ADULTO	Sim	Não
B- ACOLHIMENTO		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”

B.1 REALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO	Sim	Sim
B.2 TURNOS DO ACOLHIMENTO	Nas 24 horas	Nas 24 horas
B.3 PROFISSIONAL REALIZA ACOLHIMENTO	Todos da unidade, mas é responsabilidade dos estagiários do PermanecerSUS	Enfermeiras apoiado por técnicos de enfermagem
B.4 PROCEDIMENTO ESCRITO PARA ACOLHIMENTO	Não	Sim
B.5 PROCESSO DE ACOLHIMENTO	É uma lógica e não um procedimento que envolve servidor-usuário, servidor-comunidade e servidor-servidor	Paciente faz a ficha e se for urgência ele entra direto se não ele vai para a sala de ACCR

-ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – ACCR

NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
C.1 REALIZAÇÃO DO ACCR	Sim	Sim
C.2 TURNOS DO ACCR	Manhã e tarde de 2ª à sábado	24 horas e em todos os dias
C.3 PROFISSIONAL REALIZA ACCR	Enfermeiras (2)	Enfermeira (6)
C.4 PROCEDIMENTO ESCRITO DO ACCR	Sim	Sim
C.5 PROCESSO DO ACCR	Faz uma priorização do atendimento com as cores vermelha amarela e verde. Todos são atendidos por que a rede básica não funciona. A depender da demanda ele sai com orientação.	O usuário após fazer a ficha de atendimento é atendido pela enfermeira no ACCR. Ela ouve a sua queixa e faz a classificação baseada em um fluxograma elaborado pelo serviço. Caso não seja caso de urgência ele é

		referenciado para a rede.
D-INTEGRAÇÃO ENTRE MUNICÍPIO E ESTADO COM A REDE, REGULAÇÃO E CENTRAL DE LEITOS HOSPITALARES		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
D.1 REGULAÇÃO DE LEITOS	Sim	Sim
D.2 AGENDAMENTO DE CONSULTAS	Sim	Sim
D.3 PROCESSO DE AGENDAMENTO	Estão estratificando, começando com procedimentos de alta complexidade. Estão avançando nesse processo. Usuário marca	O usuário procura a central de marcação pessoalmente
E – ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DEFINIÇÃO DE PAPÉIS		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
E.1 POPS NA EMERGÊNCIA	Não	Sim
E.2 POP EXISTENTES	Não	Para algumas patologias
E.3 CASO NEGATIVO MOTIVOS	Começou a ser feito, com o QualiSUS, mas com a saída da 1ª gestora houve quebra no processo	Não se aplica
F – GESTÃO PARTICIPATIVA E DEMOCRÁTICA		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
F.1 PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO	Não	Não

G- POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
G.1 EXISTENCIA DE POLITICA	Não	Não
G.2 TREINAMENTO SUP. BÁSICO	Algumas categorias	Apenas algumas categorias
G.3 TREINAMENTO SUP. AVANÇADO	Algumas categorias	Apenas algumas categorias
G4 TRABALHADORES ACOLHIMENTO TREINADO	Não	Sim
G.5 TRABALHADORES ACCR TREINADO	Não	Sim
H – CONDIÇÕES TECNOLÓGICAS E AMBIÊNCIA		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
H.1 CLIMATIZAÇÃO	Sim	Não
H.2 BARREIRA NA RECEPÇÃO	Vidro	Vidro e portão
H.3 ILUMINAÇÃO SALA ESPERA	Boa	Boa
H.4 EXISTENCIA ÁREA VERMELHA	Sim	Sim (reanimação)
H.5 BOX ÁREA VERMELHA	Sim	Não
H.6 EXISTENCIA ÁREA AMARELA	Sim	Sim(sala do médico)

H.7 RETAGUARDA ÁREA AMARELA	Sim	Não
H.8 OBSERVAÇÃO ÁREA AMARELA	Sim	Não
H.9 EXISTENCIA ÁREA VERDE	Sim	Sim(consultórios)
H.10 RETAGUARDA ÁREA VERDE	Não	Não
H.11 OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE	Sim	Não
H.12 EXISTENCIA ÁREA AZUL	Não	Não
H.13 APOIO ÁREA AZUL	Não	Não
H.14 PROCEDIMENTO ÁREA AZUL	Não	Não
H.15 EXISTÊNCIA DE COPA	Não	Não
H.16 EXISTENCIA DE SALA ESTAR	Sim	Sim
EQUIPAMENTOS DO. ACOLHIMENTO		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
H.17 TELEFONE COM LINHA DIRETA	Sim	Sim
H.18 FAX	Sim	Sim
H.19 RELAÇÃO DE REDE	Não	Sim
H.20 COMPUTADOR C/ INTERNET	Sim	Não
EQUIPAMENTOS RECEPÇÃO		

NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
H.21 TELEFONE COM LINHA DIRETA	Não	Não
H.22 COMPUTADOR C/ INTERNET	Sim	Sim
EQUI. SALA DE ESPERA		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
H.23 CADEIRAS SUFICIENTES	Sim	Não
H.24 OBJETOS DECORAÇÃO	Sim	Não
H.25 ENTRETENIMENTO	Sim (TV)	Não
CONSULTÓRIO ACCR		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
H.26 MESA PARA EXAME	Sim	Não
H.27 MONITOR MULTIPARAMÉTRICO	Não	Não
H.28 GLICOSÍMETRO	Sim	Sim
H.29 SUPORTE DE SORO	Sim	Não
H.30 LANTERNA CLÍNICA	Não	Não
H.31 OTOSCÓPIO	Não	Não
H.32 ESTETOSCÓPIO	Não	Sim

H.33 SISTEMA DE GAZES	Não	Não
H.34 VENTILADOR POR PRESSÃO	Não	Não
H.35 BALANÇA ADEQUADA	Não	Não
H.36 LARINGOSCÓPIO COMPLETO	Não	Não
H.37 DESFIBRILADOR C/ CARIOVERSOR	Não	Não
H.38 ASPIRADOR	Não	Não
ÁREA VERMELHA		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
H.39 CARROS MACA	Sim	Sim
H.40 MONITOR MULTIPARAMÉTRICO	Sim	Sim
H.41 GLICOSÍMETRO	Não	Sim
H.42 SUPORTE DE SORO	Sim	Sim
H.43 LANTERNA CLÍNICA	Não	Sim
H.44 OTOSCÓPIO	Não	Sim
H.45 ESTETOSCÓPIO	Não	Sim
H.46 SISTEMA DE GAZES	Sim	Sim
H.47 VENTILADOR POR PRESSÃO	Sim	Sim

H.48 LARINGOSCÓPIO COMPLETO	Sim	Sim
H.49 DESFIBRILADOR C/ CARIOVERSOR	Sim	Não
H.50 ASPIRADOR	Sim	Sim
H.51 MESA AUXILIAR	Sim	Sim
H.52 BIOMBO	Sim	Sim
ÁREA AMARELA		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
H.53 CARROS MACA	Sim	Sim
H.54 MONITOR MULTIPARAMÉTRICO	Sim	Não
H.55 GLICOSÍMETRO	Sim	Não
H.56 SUPORTE DE SORO	Sim	Não
H.57 LANTERNA CLÍNICA	Não	Não
H.58 OTOSCÓPIO	Não	Sim
H.59 ESTETOSCÓPIO	Sim	Não
H.60 SISTEMA DE GAZES	Sim	Não
H.61 VENTILADOR POR PRESSÃO	Sim	Não
H.62 LARINGOSCÓPIO COMPLETO	Sim	Não

H.63 DESFIBRILADOR C/ CARIOVERSOR	Sim	Não
H.64 ASPIRADOR	Sim	Não
H.66 BIOMBO	Sim (exceto na pediatria)	Não
ÁREA VERDE		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
H.67 CARROS MACA	Sim	Sim
H.68 MONITOR MULTIPARAMÉTRICO	Não	Não
H.69 GLICOSÍMETRO	Sim	Não
H.70 SUPORTE DE SORO	Sim	Não
H.71 LANTERNA CLÍNICA	Não	Não
H.72 OTOSCÓPIO	Sim	Não
H.73 ESTETOSCÓPIO	Sim	Sim
H.74 SISTEMA DE GAZES	Sim	Não
H.75 VENTILADOR POR PRESSÃO	Não	Não
H.76 LARINGOSCÓPIO COMPLETO	Não	Não
H.77 DESFIBRILADOR C/ CARIOVERSOR	Não	Não

H.78 ASPIRADOR	Não	Não
H.80 BIOMBO	Não	Sim
ÁREA AZUL		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
H.81 MACA PARA EXAME	Não	Não
H.82 GLICOSÍMETRO	Não	Não
H.83 LANTERNA CLÍNICA	Não	Não
H.84 OTOSCÓPIO	Não	Não
H.85 ESTETOSCÓPIO	Não	Não
H.86 BIOMBO	Não	Não
H.87 MESA DE ESCRITÓRIO	Não	Não
H.88 CADEIRAS	Não	Não
I – RESOLUBILIDADE		
NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL “E”	HOSPITAL “J”
I.1 PERMANENCIA USUÁRIO	Não verificada	Não verificada
I.2 TAXA MORTALIDADE < 24 HORAS	Média de 3,2%	Média de 2,8%
I.3 OPINÁRIO USUÁRIO	Sim	Sim

APÊNDICE F – IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS E CATEGORIAS DO COMITÊ GESTOR LOCAL

BLOCO DE QUESITOS A – CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

QUESITO	HOSPITAL 1 (“E”)	HOSPITAL 2 (“J”)
A.7 COMITÊ GESTOR NOMEADO	Sim	Não
A.8 VINCULO TRABALHADORES ACOLHIMENTO E ACCR	Servidor	Servidores, REDA estado e Reda município
A.9 REDE PACTUADA	Em parte, estamos tentando recomeçar a pactuação	Sim
A.10 URGENCIA PEDIÁTRICA SEPARADA DA ADULTO	Sim	Não
IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS		
QUESITOS	IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS	NOMEAÇÃO DE SUBCATEGORIAS
A7- COMITÊ GESTOR NOMEADO	HE - Sim HJ- Não	Subcategoria A - Afirmação Subcategoria B – Negação
A8 - VINCULO TRABALHADORES ACOLHIMENTO E ACCR	HE - Servidores HJ- Servidores, REDA estado e Reda município	Subcategoria A - Servidor Subcategoria B – Não servidor

A9 - REDE PACTUADA	HE - Sim HJ- Não	Subcategoria A - Afirmação Subcategoria B – Negação
A10 -URGENCIA PEDIÁTRICA SEPARADA DA ADULTO	HE - Sim HJ- Não	Subcategoria A - Afirmação Subcategoria B – Negação
NOMEAÇÃO DAS CATEGORIAS		
QUESITO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
A7- COMITÊ GESTOR NOMEADO	Afirmação Negação	Subcategoria A - Afirmação Subcategoria B – Negação
A8 - VINCULO TRAB. ACOLHIMENTO E ACCR	Servidor Não servidor	Subcategoria A - Servidor Subcategoria B – Não servidor
A9 - REDE PACTUADA	Afirmação Negação	Subcategoria A - Afirmação Subcategoria B – Negação
A10 -URGENCIA PEDIÁTRICA SEPARADA DA ADULTO	Afirmação Negação	Subcategoria A - Afirmação Subcategoria B – Negação

BLOCO DE QUESITOS B – ACOLHIMENTO

QUESITO	HOSPITAL 1 (“E”)	HOSPITAL 2 (“J”)
B1- REALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO	Sim	Sim
B2- TURNOS DO ACOLHIMENTO	Nas 24 horas	Nas 24 horas
B3- PROFISSIONAL REALIZA ACOLHIMENTO	Todos da unidade, mas é responsabilidade dos estagiários do PermanecerSUS	Enfermeiras apoiado por técnicos de enfermagem
B4 - PROCEDIMENTO ESCRITO PARA ACOLHIMENTO	Não	Sim
B5- PROCESSO DE ACOLHIMENTO	É uma lógica e não um procedimento que envolve servidor-usuário, servidor- comunidade e servidor-servidor	Paciente faz a ficha e se for urgência ele entra direto se não ele vai para a sala de ACCR
IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS		
QUESITOS	IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS	NOMEAÇÃO DE SUBCATEGORIAS
B1- REALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO	HE - Sim HJ- Sim	Subcategoria A – Afirmação
B2- TURNOS DO ACOLHIMENTO	HE – nas 24 horas HJ- nas 24 horas	Subcategoria A - Permanente
B3- PROFISSIONAL REALIZA ACOLHIMENTO	HE – Todos da unidade	Subcategoria A – Todos colaboradores Subcategoria B – Estagiários

	Estagiários permanecerSUS HJ- Enfermeiras	PermanecerSUS Subcategoria C - Enfermeiras
B4 - PROCEDIMENTO ESCRITO PARA ACOLHIMENTO	HE - Não HJ- Sim	Subcategoria A - Negação Subcategoria B – Afirmação
B5- PROCESSO DE ACOLHIMENTO	HE – lógica; envolve servidores, usuários e comunidade HJ – paciente faz ficha	Subcategoria A – Lógica de atendimento Subcategoria B – Relação de pessoas Subcategoria C - Fichamento
NOMEAÇÃO DAS CATEGORIAS		
QUESITO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
B1- REALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO	Afirmação	Subcategoria A – Afirmação
B2- TURNOS DO ACOLHIMENTO	Permanente	Subcategoria A - Permanente
B3- PROFISSIONAL REALIZA ACOLHIMENTO	Colaboradores – enfermeiras, todos colaboradores Não colaboradores - estagiários	Subcategoria A – Todos colaboradores Subcategoria B – Estagiários Permanecer SUS Subcategoria C - Enfermeiras
B4 - PROCEDIMENTO ESCRITO	Negação	Subcategoria A - Negação

PARA ACOLHIMENTO	Afirmação	Subcategoria B – Afirmação
B5- PROCESSO DE ACOLHIMENTO	Lógica	Subcategoria A – Lógica de atendimento
	Relacionamento- relação entre as pessoas	Subcategoria B – Relação de pessoas
	Cadastro - fichamento	Subcategoria C - Fichamento

BLOCO DE QUESITOS C – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)

QUESITO	HOSPITAL 1 (“E”)	HOSPITAL 2 (“J”)
C1- REALIZAÇÃO DO ACCR	Sim	Sim
C.2- TURNOS DO ACCR	Manhã e tarde de 2ª à sábado	24 horas e em todos os dias
C3 - PROFISSIONAL REALIZA ACCR	Enfermeiras (2)	Enfermeira (6)
C4- PROCEDIMENTO ESCRITO DO ACCR	Sim	Sim
C5- PROCESSO DO ACCR	Faz uma priorização do atendimento com as cores vermelha amarela e verde. Todos são atendidos por que a rede básica não funciona. A depender da demanda ele sai com orientação.	O usuário após fazer a ficha de atendimento é atendido pela enfermeira no ACCR. Ela ouve a sua queixa e faz a classificação baseada em um fluxograma elaborado pelo serviço. Caso não seja caso de urgência ele é referenciado para a rede.

IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS		
QUESITOS	IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS	NOMEAÇÃO DE SUBCATEGORIAS
C1- REALIZAÇÃO DO ACCR	HE - Sim HJ- Sim	Subcategoria A – Afirmação
C.2- TURNOS DO ACCR	HE – diurno e dias úteis HJ- 24 horas diariamente	Subcategoria A – Termitente Subcategoria B – intermitente
C3 - PROFISSIONAL REALIZA ACCR	HE - Enfermeira HJ- Enfermeira	Subcategoria A - Enfermeira
C4- PROCEDIMENTO ESCRITO DO ACCR	HE - Sim HJ- Sim	Subcategoria A - Afirmação
C5- PROCESSO DO ACCR	HE - Priorização de atendimento por cores; Todos são atendidos HJ- Priorização de atendimento por cores; Não urgentes são referenciados	Subcategoria A – Priorização do atendimento por cores Subcategoria B – Urgentes atendidos Subcategoria C – Não urgente referenciados

NOMEAÇÃO DAS CATEGORIAS		
QUESITO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
C1- REALIZAÇÃO DO ACCR	Afirmação	Subcategoria A – Afirmação
C.2- TURNOS DO ACCR	Continuado - intermitente	Subcategoria A – Termitente
	Descontinuado - termitente	Subcategoria B – intermitente
C3 - PROFISSIONAL REALIZA ACCR	Enfermeira	Subcategoria A - Enfermeira
C4- PROCEDIMENTO ESCRITO DO ACCR	Confirmação	Subcategoria A - Afirmação
C5- PROCESSO DO ACCR	Priorização do atendimento – priorização de cores, urgentes atendidos	Subcategoria A – Priorização do atendimento por cores
	Atendimento Referenciado – não urgente referenciado	Subcategoria B – Urgentes atendidos Subcategoria C – Não urgente referenciados

BLOCO DE QUESITOS D - INTEGRAÇÃO ENTRE MUNICÍPIO E ESTADO COM A REDE, REGULAÇÃO E CENTRAL DE LEITOS HOSPITALARES

QUESITO	HOSPITAL 1 (“E”)	HOSPITAL 2 (“J”)
D1- REGULAÇÃO DE LEITOS	Sim	Sim
D2- AGENDAMENTO DE CONSULTAS	Sim	Sim
D3- PROCESSO DE AGENDAMENTO	Estão estratificando, começando com procedimentos de alta complexidade. Estão avançando nesse processo	O usuário procura a central de marcação pessoalmente
IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS		
QUESITOS	IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS	NOMEAÇÃO DE SUBCATEGORIAS
D1- REGULAÇÃO DE LEITOS	HE - Sim HJ- Sim	Subcategoria A – Afirmação
D2- AGENDAMENTO DE CONSULTAS	HE - Sim HJ- Sim	Subcategoria A - Afirmação
D3- PROCESSO DE AGENDAMENTO	HE – Usuário marca HJ– usuário marca pessoalmente	Subcategoria A - marcação pelo usuário

NOMEAÇÃO DAS CATEGORIAS		
QUESITO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
D1- REGULAÇÃO DE LEITOS	Confirmação	Subcategoria A – Afirmação
D2- AGENDAMENTO DE CONSULTAS	Confirmação	Subcategoria A - Afirmação
D3- PROCESSO DE AGENDAMENTO	Programação pelo usuário	Subcategoria A - marcação pelo usuário

~

BLOCO DE QUESITOS E: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DEFINIÇÃO DE PAPÉIS

QUESITO	HOSPITAL 1 (“E”)	HOSPITAL 2 (“J”)
E1- POPS NA EMERGÊNCIA	Não	Sim
E2- POP EXISTENTES	Não	Para algumas patologias
E3- CASO NEGATIVO MOTIVOS	Começou a ser feito, com o QualiSUS, mas com a saída da 1ª gestora houve quebra no processo	Não se aplica
IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS		
QUESITOS	IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS	NOMEAÇÃO DE SUBCATEGORIAS
E1- POPS NA EMERGÊNCIA	HE - Não HJ- Sim	Subcategoria A – Negação Subcategoria B – Afirmação
E2- POP EXISTENTES	HE - Não HJ- Alguns	Subcategoria A - Negação Subcategoria B - Parcialidade
E3- CASO NEGATIVO MOTIVOS	HE – iniciou processo que se interrompeu HJ– Não se aplica	Subcategoria A - Negação Subcategoria B – Não aplicável
NOMEAÇÃO DAS CATEGORIAS		
QUESITO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
E1- POPS NA EMERGÊNCIA	Negação	Subcategoria A – Negação

	Confirmação	Subcategoria B – Afirmação
E2- POP EXISTENTES	Negação – negação e parcialidade	Subcategoria A - Negação Subcategoria B - Parcialidade
E3- CASO NEGATIVO MOTIVOS	Negação	Subcategoria A - Negação Subcategoria B – Não aplicável

BLOCO DE QUESITOS F – GESTÃO PARTICIPATIVA E DEMOCRÁTICA

QUESITO	HOSPITAL 1 (“E”)	HOSPITAL 2 (“J”)
F1- PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO	Não	Não
IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS		
QUESITOS	IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS	NOMEAÇÃO DE SUBCATEGORIAS
F1- PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO	HE - Não HJ- Não	Subcategoria A – Negação
NOMEAÇÃO DAS CATEGORIAS		
QUESITO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
F1- PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO	Negação	Subcategoria A – Negação

BLOCO DE QUESITOS G - POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

QUESITO	HOSPITAL 1 (“E”)	HOSPITAL 2 (“J”)
G1- EXISTENCIA DE POLITICA	Não	Não
G2- TREINAMENTO SUP. BÁSICO	Algumas categorias	Apenas algumas categorias
G3- TREINAMENTO SUP. AVANÇADO	Algumas categorias	Apenas algumas categorias
G4- TRABALHADORES ACOLHIMENTO TREINADO	Não	Sim
G5- TRABALHADORES ACCR TREINADO	Não	Sim
IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS		
QUESITOS	IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS	NOMEAÇÃO DE SUBCATEGORIAS
G1- EXISTENCIA DE POLITICA	HE - Não HJ- Não	Subcategoria A – Negação
G2- TREINAMENTO SUP. BÁSICO	HE - Algumas categorias HJ- Algumas categorias	Subcategoria A – Categorias selecionadas Subcategoria B – Categorias selecionadas
G3- TREINAMENTO SUP.	HE – Algumas categorias	Subcategoria A - Categorias selecionadas

AVANÇADO	HJ– Algumas categorias	Subcategoria B – Categorias selecionadas
G4- TRABALHADORES ACOLHIMENTO TREINADO	HE- Não	Subcategoria A - Negação
	HJ- Sim	Subcategoria B - Afirmação
G5- TRABALHADORES ACCR TREINADO	HE - Não	Subcategoria A - Negação
	HJ- Sim	Subcategoria B - Afirmação
NOMEAÇÃO DAS CATEGORIAS		
QUESITO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
G1- EXISTENCIA DE POLITICA	Negação	Subcategoria A – Negação
G2- TREINAMENTO SUP. BÁSICO	Categorias selecionadas	Subcategoria A – Categorias selecionadas
		Subcategoria B – Categorias selecionadas
G3- TREINAMENTO SUP. AVANÇADO	Categorias selecionadas	Subcategoria A - Categorias selecionadas
		Subcategoria B – Categorias selecionadas
G4- TRABALHADORES ACOLHIMENTO TREINADO	Negação	Subcategoria A - Negação
	Afirmação	Subcategoria B - Afirmação
G5- TRABALHADORES ACCR TREINADO	Negação	Subcategoria A - Negação
	Afirmação	Subcategoria B - Afirmação

BLOCO DE QUESITOS H –CONDIÇÕES TECNOLÓGICAS E AMBIÊNCIA

QUESITO	HOSPITAL 1 (“E”)	HOSPITAL 2 (“J”)
H1- CLIMATIZAÇÃO	Sim	Não
H2- BARREIRA NA RECEPÇÃO	Vidro	Vidro e portão
H3- ILUMINAÇÃO SALA ESPERA	Boa	Boa
H4- EXISTENCIA ÁREA VERMELHA	Sim	Sim (reanimação)
H5- BOX ÁREA VERMELHA	Sim	Não
H6- EXISTENCIA ÁREA AMARELA	Sim	Sim(sala do médico)
H7- RETAGUARDA ÁREA AMARELA	Sim	Não
H8- OBSERVAÇÃO ÁREA AMARELA	Sim	Não
H9- EXISTENCIA ÁREA VERDE	Sim	Sim(consultórios)
H10- RETAGUARDA ÁREA VERDE	Não	Não
H11- OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE	Sim	Não
H12- EXISTENCIA ÁREA AZUL	Não	Não
H13- APOIO ÁREA AZUL	Não	Não
H14- PROCEDIMENTO ÁREA AZUL	Não	Não
H15- EXISTÊNCIA DE COPA	Não	Não

H16- EXISTENCIA DE SALA ESTAR	Sim	Sim
H17 a H20 -EQUIPAMENTOS DO. ACOLHIMENTO ³⁷	Sim	Não
H20 a H22 EQUIPAMENTOS RECEPÇÃO ³⁸	Não	Não
H23 a H25-EQUIPAMENTOS SALA DE ESPERA ³⁹	Não	Não
H26 a H38CONSULTÓRIO ACCR ⁴⁰	Não	Não
H39 A H52 EQUIPAMENTOS DAÁREA VERMELHA ⁴¹	Não	Não
H52 a H66 EQUIPAMENTOS DA ÁREA AMARELA ⁴²	Não	Não
H67 a H80 EQUIPAMENTOS DA ÁREA VERDE ⁴³	Não	Não
H81 a H 88 EQUIPAMENTOS DA ÀREA AZUL ⁴⁴	Não	Não
H.88 CADEIRAS	Não	Não

³⁷ Equipamentos do Acolhimento: considerados sim se estiverem telefone com linha direta,fax, computador ligada a internet

³⁸ Equipamentos da recepção: Será considerado sim se existir na recepção : telefone com linha direta, computador ligada à intenet,

³⁹ Equipamentos sala de espera: Será considerado sim, se existir na sala de espera: cadeiras suficientes, objetos de decoração e entretenimento

⁴⁰ Equipamentos de sala de ACCR : Será considerado sim, se existir na sala de ACCR: mesa de exame, monitor multiparamétrico, glicosímetro, suporte de soro,lanterna clínica, otoscópio, sistema de gases, ventilador por pressão, balança, laringoscópio completo, desfibrilador com cardioversor e aspirador.

⁴¹ Equipamentos da sala vermelha: Será considerado sim se existirem na sala vermelha : carro maca , monitor multiparamétrico, glicosímetro, suporte de soro,lanterna clínica, otoscópio, sistema de gases, ventilador por pressão, balança, laringoscópio completo, desfibrilador com cardioversor , aspirador, mesa auxiliar e biombo.

⁴² Equipamentos da sala amarela: Será considerado sim se existirem na sala amarela : carro maca , monitor multiparamétrico, glicosímetro, suporte de soro,lanterna clínica, otoscópio, sistema de gases, ventilador por pressão, balança, laringoscópio completo, desfibrilador com cardioversor , aspirador,e biombo

⁴³ Equipamentos da sala verde: será considerado sim se existirem na sala verde carro maca, monitor multiparamétrico, glicosímetro, suporte de soro,lanterna clínica, otoscópio, sistema de gases, ventilador por pressão, balança, laringoscópio completo, desfibrilador com cardioversor , aspirador,e biombo

⁴⁴ Equipamentos da sala azul: será considerado sim se existirem na sala azul maca para exame, glicosímetro, lanterna clínica, otoscópio, e estetoscópio.

IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS		
QUESITOS	IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS	NOMEAÇÃO DE SUBCATEGORIAS
H1- CLIMATIZAÇÃO	HE-Sim HJ-Não	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
H2- BARREIRA NA RECEPÇÃO	HE-Vidro HJ- Vidro e portão	Subcategoria A – Existente
H3- ILUMINAÇÃO SALA ESPERA	HE-Boa HJ-Boa	Subcategoria A – Adequada
H4- EXISTENCIA ÁREA VERMELHA	HE-Sim HJ-Sim	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B –
H5- BOX ÁREA VERMELHA	HE-Sim HJ-Não	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
H6- EXISTENCIA ÁREA AMARELA	HE- Sim HJ-Sim	Subcategoria A – Afirmação
H7- RETAGUARDA ÁREA AMARELA	HE-Sim	Subcategoria A – Afirmação

	HJ-Não	Subcategoria B – Negação
H8- OBSERVAÇÃO ÁREA AMARELA	HE-Sim HJ-Não	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
H9- EXISTENCIA ÁREA VERDE	HE- Sim HJ-Sim	Subcategoria A – Afirmação
H10- RETAGUARDA ÁREA VERDE	HE-Não HJ-Não	Subcategoria A – Negação
H11- OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE	HE- Sim HJ-Não	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
H12- EXISTENCIA ÁREA AZUL	HE-Não HJ-Não	Subcategoria A – Negação
H13- APOIO ÁREA AZUL	HE-Não HJ-Não	Subcategoria A – Negação
H14- PROCEDIMENTO ÁREA AZUL	HE-Não HJ-Não	Subcategoria A – Negação
H15- EXISTÊNCIA DE COPA	HE- Sim HJ-Sim	Subcategoria A – Afirmação
H16- EXISTENCIA DE SALA ESTAR	HE-Sim	Subcategoria A – Afirmação

	HJ-Sim	
H17 a H20 -EQUIPAMENTOS DO. ACOLHIMENTO	HE-Sim HJ-Não	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
H20 a H22 EQUIPAMENTOS RECEPÇÃO	HE-Não HJ- Não	Subcategoria A- Negação
H23 a H25-EQUIPAMENTOS SALA DE ESPERA	HE-Não HJ-Não	Subcategoria A- Negação
H26 a H38CONSULTÓRIO ACCR	HE-Não HJ-Não	Subcategoria A- Negação
H39 A H52 EQUIPAMENTOS DAÁREA VERMELHA	HE-Não HJ-Não	Subcategoria A- Negação
H52 a H66 EQUIPAMENTOS DA ÁREA AMARELA	HE-Não HJ-Não	Subcategoria A- Negação
H67 a H80 EQUIPAMENTOS DA ÁREA VERDE	HE-Não HJ-Não	Subcategoria A- Negação
H81 a H 88 EQUIPAMENTOS DA ÀREA AZUL	HE-Não HJ-Não	Subcategoria A- Negação

NOMEAÇÃO DAS CATEGORIAS		
QUESITO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
H1- CLIMATIZAÇÃO	Afirmação Negação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
H2- BARREIRA NA RECEPÇÃO	Existente	Subcategoria A – Existente
H3- ILUMINAÇÃO SALA ESPERA	Adequada	Subcategoria A – Adequada
H4- EXISTENCIA ÁREA VERMELHA	Afirmação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B –
H5- BOX ÁREA VERMELHA	Afirmação Negação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
H6- EXISTENCIA ÁREA AMARELA	Afirmação	Subcategoria A – Afirmação
H7- RETAGUARDA ÁREA AMARELA	Afirmação Negação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
H8- OBSERVAÇÃO ÁREA AMARELA	Afirmação Negação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
H9- EXISTENCIA ÁREA VERDE	Afirmação	Subcategoria A – Afirmação
H10- RETAGUARDA ÁREA VERDE	Negação	Subcategoria A – Negação
H11- OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE	Afirmação Negação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
H12- EXISTENCIA ÁREA AZUL	Negação	Subcategoria A – Negação
H13- APOIO ÁREA AZUL	Negação	Subcategoria A – Negação
H14- PROCEDIMENTO ÁREA AZUL	Negação	Subcategoria A – Negação
H15- EXISTÊNCIA DE COPA	Afirmação	Subcategoria A – Afirmação
H16- EXISTENCIA DE SALA ESTAR	Afirmação	Subcategoria A – Afirmação
H17 a H20 -EQUIPAMENTOS DO.	Afirmação	Subcategoria A – Afirmação

ACOLHIMENTO	Negação	Subcategoria B – Negação
H20 a H22 EQUIPAMENTOS RECEPÇÃO	Negação	Subcategoria A- Negação
H23 a H25-EQUIPAMENTOS SALA DE ESPERA	Negação	Subcategoria A- Negação
H26 a H38CONSULTÓRIO ACCR	Negação	Subcategoria A- Negação
H39 A H52 EQUIPAMENTOS DAÁREA VERMELHA	Negação	Subcategoria A- Negação
H52 a H66 EQUIPAMENTOS DA ÁREA AMARELA	Negação	Subcategoria A- Negação
H67 a H80 EQUIPAMENTOS DA ÁREA VERDE	Negação	Subcategoria A- Negação
H81 a H 88 EQUIPAMENTOS DA ÀREA AZUL	Negação	Subcategoria A- Negação

BLOCO DE QUESITOS I- RESOLUBILIDADE

QUESITO	HOSPITAL 1 (“E”)	HOSPITAL 2 (“J”)
I1- PERMANENCIA USUÁRIO	Não verificada	Não verificada
I2- TAXA MORTALIDADE < 24 HORAS	Média de 3,2%	Média de 2,8%
I3- OPINÁRIO USUÁRIO	Sim	Sim
IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS		
QUESITOS	IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS	NOMEAÇÃO DE SUBCATEGORIAS
I1- PERMANENCIA USUÁRIO	HE – Não verificada HJ– Não verificada	Subcategoria A – Negação
I2- TAXA MORTALIDADE < 24 HORAS	HE - Média 3,2% HJ- Média 2,8%	Subcategoria A – Média ideal
I3- OPINÁRIO USUÁRIO	HE – Sim HJ- Sim	Subcategoria A - Afirmação
NOMEAÇÃO DAS CATEGORIAS		
QUESITO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
I1- PERMANENCIA USUÁRIO	Afirmação Negação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
I2- TAXA MORTALIDADE < 24 HORAS	Existente	Subcategoria A – Existente
I3- OPINÁRIO USUÁRIO	Afirmação	Subcategoria A - Afirmação

APENDICE G – MATRIZ DECODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DO COMITÊ GESTOR SESAB

QUESITO	GESTORA 1 (G1)	GESTORA 2 (G2)
Tempo de celebração do convênio entre a SESAB e o MS para a implantação do QualiSUS	4 anos nos hospitais de Salvador e em Lauro de Freitas e 1 ano nos hospitais de Vitória da Conquista, Ilhéus e Feira.	5 anos
Hospitais pactuados	Hospital Geral do Estado Hospital Geral Ernesto Simões Filho Hospital Geral João Batista Caribé Hospital São Jorge Hospital Geral Menandro de Faria Hospital Geral Roberto Santos Hospital Maria Amélia Souza Santos Hospital Jorge Novis- Cancelado Hospital Geral de Vitória da Conquista Hospital Geral Luiz Viana Filho Hospital Geral Cleriston Andrade	Hospital Geral do Estado Hospital Geral Roberto Santos Hospital Geral Ernesto Simões Filho Hospital Geral Menandro de Faria Hospital São Jorge Hospital Geral João Batista Caribé
Ações do programa QualiSUS estão implantadas nos hospitais pactuados?	Até maio de 2008 tínhamos o início de um trabalho da tecnologia de gestão que é a Classificação de Risco, em implantação no Hospital Roberto Santos, João Batista Caribé e Hospital São Jorge. Não houve continuidade do processo.	Há grupos de trabalho nos hospitais pactuados elaborando estratégias para implantação das ações de ACCR.
Ações implantadas e em quais hospitais	Não sei	Em todos os pactuados

Conhece algum hospital da rede sob gestão da SESAB com ações do QualiSUS implantada	Não	Sim
Se sim, qual	Não se aplica	No Hospital Prado Valadares
Facilidades e dificuldades encontradas para implantação do QualiSUS	Facilidades encontradas: a) Institucionalização do Comitê Gestor do Programa com o objetivo de: Coordenar a implantação da proposta nas unidades de saúde; formulação das propostas de qualificação da assistência de urgência no estado; Apoiar tecnicamente as unidades conveniadas, avaliar e acompanhar o processo de implementação das novas tecnologias de gestão; Participar da avaliação e definição de propostas de readequação da grade de urgência da região de abrangência; Participar da definição de leitos de retaguarda para as unidades de urgência, possibilitando um maior giro dos leitos dos hospitais de urgência; b) Integração e colaboração da Secretaria Municipal de Saúde, no início das atividades do Comitê Gestor, na pactuação e desenvolvimento de ações implementação das tecnologias de gestão previstas no Programa. c) Motivação e estímulo de toda equipe multiprofissional envolvida Dificuldades encontradas: uperlotação das Emergências; a) Informações dos serviços fornecidas por	Facilidades encontradas: a) Elaboração de estratégias b) Convenio que garante recursos financeiros c) Presença de grupos de Humanização nas unidades d) Motivação por conta da modificação e estruturação de espaço físico e aquisição de equipamentos. Dificuldades encontradas: a) Falta de uma rede pactuada e estruturada b) Superlotação das emergências por conta da falta de atenção básica e de uma saúde preventiva na cidade c) Implantação de uma gestão participativa nas unidades d) Capacitação de ACCR e) Carência de pessoal f) Desresponsabilização coletiva dos resultados da organização

	porteiros ou quem estiver ao alcance do usuário; b) Dificuldade dos profissionais trabalharem em equipe; c) Visão geral que prioriza a doença e não o usuário, necessidade e sua rede social (privacidade, conforto, suas expectativas, medos e potencialidades); d) Área física inadequada e insalubre (calor excessivo), incluindo fluxos cruzados dificultando o atendimento; e) Desarticulação com o Serviço da Central de Regulação e da rede de Urgência; f) Adequação quantiquantitativa de Recursos Humanos g) Demora na reforma e ampliação nas emergências das unidades conveniadas, diretamente relacionado ao atraso na aprovação dos projetos arquitetônicos e de obras apresentados ao MS, que também gerou o atraso do repasse do recurso financeiro para custeio das obras	
--	---	--

APENDICE H – MATRIZ DE IDENTIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS DO COMITÊ GESTOR LOCAL

IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS		
QUESITOS	IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS	NOMEAÇÃO DE SUBCATEGORIAS
Tempo de celebração do convênio entre a SESAB e o MS para a implantação do QualiSUS	G1- 4 anos Salvador e Lauro de Freitas e 1 ano G2- 5 anos	Subcategoria A – Convênio 4 anos Subcategoria B – Convênio 5 anos
Hospitais pactuados	G1 – HGE, HGESF, HGJBC, HSJ, HMF, HGRS, HMAS, HGVC, HLVF e HGCA G2- HGE, HGESF, HGJBC, HSJ, HMF, HGRS	Subcategoria A – Hospitais pactuados Subcategoria B – Hospitais não pactuados
Ações do programa QualiSUS estão implantadas nos hospitais pactuados?	G1- Até maio de 2008 início de um trabalho que é a Classificação de Risco, em implantação no Hospital Roberto Santos, João Batista Caribé e Hospital São Jorge. Não houve continuidade do processo. G2- Há grupos de trabalho nos hospitais pactuados elaborando estratégias para implantação das ações de ACCR	Subcategoria A- Implantação do ACCR
Ações implantadas e em quais hospitais	G1- Não sei G2 - Em todos os pactuados	Subcategoria A – negação Subcategoria B – Ações implantadas

Conhece algum hospital da rede sob gestão da SESAB com ações do QualiSUS implantada	G1- Não G2- Sim	Subcategoria A - negação Subcategoria B – Afirmação
Se sim, qual	G1- Não se aplica G2- Hospital Prado Valadares	Subcategoria A – hospital Prado Valadares
Facilidades e dificuldades encontradas para implantação do QualiSUS	Facilidades encontradas: a) Institucionalização do Comitê Gestor b) Integração entre SESAB e SMS. c) Motivação de toda equipe Dificuldades encontradas: a) Superlotação das emergências b) Informações dos serviços fornecidas por porteiros ou quem estiver ao alcance do usuário; c) Dificuldade dos profissionais trabalharem em equipe; d) Visão prioriza a doença e não o usuário, necessidade e sua rede social (privacidade, conforto, suas expectativas, medos e potencialidades); e) Área física inadequada e insalubre (calor excessivo), incluindo fluxos cruzados	Subcategoria A- Comitê gestor instalado Subcategoria B- SESAB e SMS integradas Subcategoria C- Equipe motivada Subcategoria D- emergência superlotada Subcategoria E- Informante não habilitado Subcategoria F- dificuldade do trabalho em equipe Subcategoria G- necessidade de rede social Subcategoria H – priorização da doença sobre o usuário Subcategoria I-inadequação de área física Subcategoria J- insalubridade da área Subcategoria K- CER desarticulada Subcategoria L - Rede desarticulada Subcategoria M –Inadequação quantitativa de RH Subcategoria N-Inadequação qualitativa de RH Subcategoria O – reforma demorada Subcategoria P- ampliação demorada Subcategoria Q – aprovação de projetos demorada Subcategoria R – Repasse de recursos financeiros atrasados

	dificultando o atendimento; f) Desarticulação com o Serviço da Central de Regulação e da rede de Urgência; g) Adequação quantiquantitativa de Recursos Humanos h) Demora na reforma e ampliação nas emergências das unidades conveniadas, diretamente relacionado ao atraso na aprovação dos projetos arquitetônicos e de obras apresentados ao MS, que também gerou o atraso do repasse do recurso financeiro para custeio das obras	
NOMEAÇÃO DAS CATEGORIAS		
QUESITO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Tempo de celebração do convênio entre a SESAB e o MS para a implantação do QualiSUS	Convênio 4 anos Convênio 5 anos	Subcategoria A – Convênio 4 anos Subcategoria B – Convênio 5 anos
Hospitais pactuados	Hospitais pactuados Hospitais não pactuados	Subcategoria A – Hospitais pactuados Subcategoria B – Hospitais não pactuados
Ações do programa QualiSUS estão implantadas nos hospitais pactuados?	Implantação do ACCR	Subcategoria A- Implantação do ACCR

Ações implantadas e em quais hospitais	Negação Ações implantadas	Subcategoria A – negação Subcategoria B – Ações implantadas
Conhece algum hospital da rede sob gestão da SESAB com ações do QualiSUS implantada	Negação Afirmação	Subcategoria A - negação Subcategoria B – Afirmação
Se sim, qual	Hospital Prado Valadares	Subcategoria A – hospital Prado Valadares
Facilidades e dificuldades encontradas para implantação do QualiSUS	Comitê gestor instalado Integração entre MS e SESAB- SESAB e SMS integradas Equipe motivada Estrutura física inadequada: inadequação de área física, insalubridade da área, Inadequação quantitativa de RH, Inadequação qualitativa de RH, Reforma demorada, Ampliação demorada, Aprovação de projetos demorada, Repasse de recursos financeiros atrasados Processo inadequado: Emergência superlotada, informante não habilitado, Priorização da doença sobre o usuário, CER desarticulada, Rede desarticulada, Necessidade de rede social, Dificuldade do trabalho em equipe	Subcategoria A- Comitê gestor instalado Subcategoria B- SESAB e SMS integradas Subcategoria C- Equipe motivada Subcategoria D- emergência superlotada Subcategoria E- Informante não habilitado Subcategoria F- dificuldade do trabalho em equipe Subcategoria G- necessidade de rede social Subcategoria H – priorização da doença sobre o usuário Subcategoria I- inadequação de área física Subcategoria J- insalubridade da área Subcategoria K- CER desarticulada Subcategoria L - Rede desarticulada Subcategoria M –Inadequação quantitativa de RH Subcategoria N-Inadequação qualitativa de RH Subcategoria O – reforma demorada Subcategoria P- ampliação demorada Subcategoria Q – aprovação de projetos

		demorada
		Subcategoria R – Repasse de recursos financeiros atrasados

APENDICE I – MATRIZ DECODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DO ACCR

QUESITO	HOSPITAL E		HOSPITAL J				
Identificação:	E1	E2	J1	J2	J3	J4	J5
Vinculo empregatício	Servidora	Reda	Reda	Reda	Servidora	Servidora	Redá município
Curso de especialização	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Formação em Urgência/ Emergência	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
Fez algum curso de suporte de vida	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não
Se sim, básico ou avançado	n/a	n/a	Básico	Básico	n/a	n/a	n/a
Fez algum curso sobre Classificação de Risco (CR)	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Se sim, onde e quando	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

Você se sente segura tecnicamente para realizar a CR	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Mais ou menos	Sim
Existem protocolos de CR na sua unidade de trabalho	não	não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Se sim, você participou da elaboração desses protocolos	n/a	n/a	Sim	n/a	Não	Sim	Não
Existem protocolos de assistenciais na sua unidade de trabalho	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Se sim, você participou da elaboração desses protocolos	Não	N/A	Não	Não	Não	Não	Não
Você conhece o Sistema de	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

referência e Contra-referência do município?							
Você percebe alguma resistência por parte dos outros profissionais para que você realize a Classificação de Risco?	<u>Sim</u>	<u>sim</u>	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Se sim, quais	Médico, colegas, técnico de enfermagem	Médico	Médico	Médico, enfermeiras e pessoal de nível médio	Médico e técnico de enfermagem		
O que você conhece a Política Nacional de Urgência / Emergência?	Eu conheço tudo do SUS e do HumanizaSUS no atendimento	Conheço parcialmente esse processo	Bem pouco. Assisti apenas uma palestra feita pelo coordenador de urgência	Só os protocolos de classificação de risco que precisa saber se é urgência ou emergência	É uma política do Estado da Bahia que preconiza padronização do SUS nas unidades de emergência	Só conheço superficialmente	Eu conheço muito sobre a CR, prioridade, a classificação do paciente nas cores e como direcionar o atendimento
O que você conhece sobre a Política	Sobre o PNH o que tivemos foi apenas	Conheço o humanizaus	Conheço as cartilhas. Eu acho que não	É um processo novo que vem sendo implantado	É a política do HumanizaSUS que preconiza	Temos uma cartilha que prega que hoje o	O ponto principal é ver o indivíduo

nacional de Humanização?	algumas palestras. Está faltando o curso		tem nenhuma cartilha que eu não tenha lido	pelo MS e que ao meu ver tem tudo para dar certo. É paradoxo falar em Humanizar o humano	o atendimento do paciente em 1º lugar referenciando ele para unidade básica de saúde para ele não ficar sem atendimento	paciente que vem para área hospitalar tem que se fazer classificação de risco para priorizar ou não o atendimento	com uma visão global, uma visão holística
O que você conhece sobre o QualiSUS?	O que eu conheço é que é muito bonito e tudo no papel. Na realidade mesmo, pra funcionar deixa a desejar	É um programa que se utiliza para classificar risco	Só via internet- o que está disponibilizado no site do MS	Só ouvi falar. Teoricamente não sei nada. Parece que ele tem a mesma linha da Humanização	É tipo assim... Qualidade em saúde que a gente não implantou ainda mais tá perto	Já li alguma coisa. Não tenho muito conhecimento, mas é a qualidade do atendimento na emergência.	Muito pouco
O que você acha que aconteceu com o atendimento ao usuário com a implantação do qualiSUS?	Teve mudanças, mas precisa melhorar muito para ter impacto.	Melhorou o atendimento	Aumentou a resolubilidade	É um processo educativo para a comunidade e ela está começando a aprender pois é difícil devolver u paciente.	Como aqui não foi implantado ainda, a gente acredita que o usuário vai ser beneficiado, principalmente na emergência	Aqui não tem implantado o qualisus, mas depois do acolhimento a gente sente que melhorou o atendimento e a resolutividade da vida do	Acho importantíssimo porque o paciente vem para emergência, porque sabe que tem médico 24 horas e aí é onde a gente entra para

						paciente	orientar. Ajudou muito o fluxo da emergência
Na sua prática de enfermeira o que aconteceu com a implantação do Acolhimento com Classificação de risco na unidade de emergência?	Infelizmente o que eu estou vendo é que a assistência básica que é a prioritária o paciente não tem e por isso vem para emergência e diminui a resolutividade dos que aqui estão por que fica muito cheio	Melhorou o atendimento ao paciente, mas se tivesse para onde encaminhar ele não ficava aqui e o fluxo melhoraria	Melhorou o atendimento pois agora o paciente que realmente tem alguma patologia de urgência ele é atendido logo	Diminuiu os custos do hospital, pois pessoas não eram triadas. Faz com que o usuário comece a identificar o local certo de procurar. O enfermeiro é mais valorizado e ainda vai melhorar	Organizou o atendimento médico, principalmente na porta de entrada do hospital. Como a gente classifica o risco os pacientes mais graves passam na frente e agente orienta aos outros por que aquele vai passar na frente. E os que não são de urgência a gente referencia para a rede básica, que quando melhorara vai melhorar.	Melhorou muito o atendimento aqui no hospital e assim a referencia e contra-referencia com as unidades básicas de saúde melhorou bastante. Mas tem que melhorara mais para dar um norte ao paciente.	Melhorou o atendimento porque a gente atende a todos os pacientes e o médico atende apenas os classificados. Melhorou muito a assistência.

APENDICE J – IDENTIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS DAS ENFERMEIRAS DO ACCR

IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE SUB-CATEGORIAS		
QUESITOS	IDENTIFICAÇÃO DE SUBCATEGORIAS	NOMEAÇÃO DE SUBCATEGORIAS
Vínculo empregatício	E1-servidora E2-Reda J1-Reda J2-Reda J3-Servidora J4-Servidora J5-Reda municipal	Subcategoria A – servidora Subcategoria B – Reda
Curso de especialização	E1-Sim E2-Sim J1-Sim J2-Sim J3-Sim J4-Sim J5-Sim	Subcategoria A- Afirmação
Formação em Urgência/ Emergência	E1-Não E2-Não J1-Não J2-Não J3-Não	Subcategoria A – Negação Subcategoria B – Afirmação

	J4-Não J5- Sim	
Fez algum curso de suporte de vida	E1-Não E2-Não J1-Sim J2-Sim J3-Não J4-Não J5- Não	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
Se sim, básico ou avançado	E1-N/A E2-N/A J1-Basico J2-Básico J3- N/A J4- N/A J5-N/A	Subcategoria A – Suporte Básico
Fez algum curso sobre Classificação de Risco (CR)	E1-Não E2-Não J1-Não J2-Não J3-Não J4-Não J5- Não	Subcategoria A- Negação
Você se sente segura tecnicamente para realizar a CR	E1-sim E2-Sim J1-Sim J2-Sim J3-Sim J4-Sim	Subcategoria A – Afirmação

	J5-Sim	
Existem protocolos de CR na sua unidade de trabalho	E1-Não E2-Não J1-Sim J2-Não J3-sim J4-Sim J5-Sim	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
Se sim, você participou da elaboração desses protocolos	E1-N/A E2-N/A J1-Sim J2-N/A J3-Não J4-Sim J5- Sim	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B- Negação
Existem protocolos de assistenciais na sua unidade de trabalho	E1-Sim E2-Não J1- Não J2-Não J3-Sim J4-Sim J5- Sim	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B- Negação
Se sim, você participou da elaboração desses protocolos	E1-Não E2-N/A J1-Não J2-Não J3-Não J4-Não J5-Não	Subcategoria A- Negação

Você conhece o Sistema de referência e Contra-referência do município?	E1-Sim E2-Não J1-Sim J2-Sim J3-Sim J4-Sim J5-sim	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B- Negação
Você percebe alguma resistência por parte dos outros profissionais para que você realize a Classificação de Risco?	E1-Sim E2-Não J1- Sim J2-Sim J3-Sim J4-Não J5-Não	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B- Negação
Se sim, quais	E1-Médicos, técnicos de enfermagem, colegas E2-Médico J1- Médico J2-Médico, enfermeiro, pessoal de nível médio J3-Médicos e técnicos e enfermagem J4- N/A J5- N/A	Subcategoria A – Médico Subcategoria B- Enfermeiras Subcategoria C- Técnicos de enfermagem Subcategoria D- Pessoal de nível médio
O que você conhece a Política Nacional de Urgência / Emergência?	E1-Conheço tudo sobre o SUS e HumanizaSUS no atendimento E2-Conheço parcialmente J1-Bem pouco. Assisti apenas a uma palestra J2-Só o protocolo de CR que precisa saber se é urgência / emergência J3-É uma política do Estado da Bahia que	Subcategoria A – SUS Subcategoria B - HumanizaSUS Subcategoria C - Conhecimento parcial Subcategoria D- padroniza o SUS nas emergências Subcategoria E – A direciona atendimento

	padroniza o SUS nas emergências J4-Conheço parcialmente J5- Conheço muito sobre CR que direciona atendimento	
O que você conhece sobre a Política nacional de Humanização?	E1-O que tivemos foram penas algumas palestras E2-Conheço o HumanizaSUS J1- Eu conheço TODAS as cartilhas J2- É um processo que está sendo implantado pelo MS J3-É a política do HumanizaSUS, o paciente em 1º lugar, referenciando ele para unidade básica J4- Tem uma cartilha que prega o Acolhimento J5-Visão global do indivíduo	Subcategoria A – conhecimento de cartilhas Subcategoria B- HumanizaSUS Subcategoria C- processo implantado pelo MS Subcategoria D- referência para rede básica Subcategoria E- Acolhimento Subcategoria F- visão global do indivíduo
O que você conhece sobre o QualiSUS?	E1-É muito bonito no papel.Na realidade não funciona E2- É um programa que se utiliza para CR J1-Conheço o que está disponível na internet J2-Só ouvi falar. Tem a mesma linha Humanização J3-Só ouvi falar. Teoricamente não sei nada J4- Qualidade em saúde que a gente ainda não implantou J5-Já li alguma coisa. É a qualidade do atendimento	Subcategoria A – Bonito no papel Subcategoria B- Não funciona Subcategoria C – Classificação de risco Subcategoria D- conhecimento disponível na internet Subcategoria E – Humanização Subcategoria F- não conhecimento Subcategoria G – Qualidade em saúde Subcategoria H- Qualidade em atendimento
O que você acha que aconteceu com o atendimento ao usuário com a implantação do qualiSUS?	E1-Teve mudanças, mas precisa melhorar E2-Melhorou o atendimento J1- Melhorou a resolubilidade dos pacientes J2- Processo educativo pois o paciente começa a aprender onde vai ser atendido	Subcategoria A – Teve mudanças Subcategoria B- Precisa melhorar Subcategoria C – Resolubilidade Subcategoria D- Processo educativo Subcategoria E – Não implantado

	J3-Aqui não foi implantado J4-Aqui não tem implantado o QuaiSUS, mas depois do Acolhimento o atendimento melhorou a resolubilidade J5-Importantíssimo. Paciente vem para emergência porque tem médico 24 horas ai a gente entra e orienta	Subcategoria F- Acolhimento Subcategoria G –orientação
Na sua prática de enfermeira o que aconteceu com a implantação do Acolhimento com Classificação de risco na unidade de emergência?	E1-A assistência básica que é prioritária não funciona E2-Melhorou o atendimento ao paciente, mas se ele tiver para onde encaminhar ele não ficava aqui J1-Melhorou o atendimento, pois o que tem alguma patologia é logo atendido J2-Diminui os custos com a triagem J3-organizou o atendimento médico, pacientes graves passam na frente J4-melhorou o atendimento. O que a gente não atende a gente referencia. Mas tem que melhorara mais J5- Melhorou, a gente atende todos e o médico só atende os classificados	Subcategoria A – Assistência básica não funciona Subcategoria B- Melhorou o atendimento Subcategoria C – Não tem para onde encaminhar Subcategoria D- É logo atendido Subcategoria E – Diminuição de custos Subcategoria F- Triagem Subcategoria G – Organização do atendimento médico Subcategoria H- Negação Subcategoria I – Referencia Subcategoria J- Medico só atende classificados
NOMEAÇÃO DAS CATEGORIAS		
QUESITO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Vínculo empregatício	Servidora Redá	Subcategoria A – servidora Subcategoria B – Reda
Curso de especialização	Afirmação	Subcategoria A- Afirmação

Formação em Urgência/ Emergência	Afirmação Negação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
Fez algum curso de suporte de vida?	Afirmação Negação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
Se sim, básico ou avançado ?	Suporte básico	Subcategoria A – Suporte Básico
Fez algum curso sobre Classificação de Risco (CR)?	Negação	Subcategoria A- Negação
Você se sente segura tecnicamente para realizar a CR ?	Afirmação	Subcategoria A – Afirmação
Existem protocolos de CR na sua unidade de trabalho?	Afirmação Negação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B – Negação
Se sim, você participou da elaboração desses protocolos?	Afirmação Negação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B- Negação
Existem protocolos assistenciais na sua unidade de trabalho?	Afirmação Negação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B- Negação
Se sim, você participou da elaboração desses protocolos?	Negação	Subcategoria A- Negação
Você conhece o Sistema de referência e Contra-referência do município?	Afirmação Negação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B- Negação
Você percebe alguma resistência por parte dos outros profissionais para que você realize a Classificação de Risco?	Afirmação Negação	Subcategoria A – Afirmação Subcategoria B- Negação
Se sim, quais?	Nível Superior - Médicos e Enfermeiras	Subcategoria A – Médico

	Nível médio- Técnicos de enfermagem e pessoal de nível médio	Subcategoria B- Enfermeiras Subcategoria C- Técnicos de enfermagem Subcategoria D- Pessoal de nível médio
O que você conhece a Política Nacional de Urgência / Emergência?	Humanizasus – SUS, padroniza o SUS, direciona atendimento Conhecimento parcial	Subcategoria A – SUS Subcategoria B - HumanizaSUS Subcategoria C - Conhecimento parcial Subcategoria D- padroniza o SUS nas emergências Subcategoria E – A direciona atendimento
O que você conhece sobre a Política nacional de Humanização?	HumanizaSUS – Cartilhas, acolhimento, visão global do indivíduo, referencia para rede básica Processo de implantação-	Subcategoria A – conhecimento de cartilhas Subcategoria B- HumanizaSUS Subcategoria C- processo implantado pelo MS Subcategoria D- referência para rede básica Subcategoria E- Acolhimento Subcategoria F- visão global do indivíduo
O que você acha que aconteceu com o atendimento ao usuário com a implantação do qualiSUS?	Humanização – Classificação de risco, Acolhimento Não Funciona – bonito no papel, precisa melhorar, não implantado Conhecimento- na internet, não conhecimento, processo educativo, orientação Resolubilidade - Qualidade em saúde e em atendimento, teve mudanças	Subcategoria A – Bonito no papel Subcategoria B- Não funciona Subcategoria C – Classificação de risco Subcategoria D- conhecimento disponível na internet Subcategoria E – Humanização Subcategoria F- não conhecimento Subcategoria G – Qualidade em saúde Subcategoria H- Qualidade em atendimento
Na sua prática de enfermeira o que aconteceu com a implantação do Acolhimento com Classificação de	Mudança - Teve mudanças , Precisa melhorar Resolubilidade – Educação – orientação, processo educativo	Subcategoria A – Teve mudanças Subcategoria B- Precisa melhorar Subcategoria C – Resolubilidade

risco na unidade de emergência?	Acolhimento	Subcategoria D- Processo educativo Subcategoria E – Não implantado Subcategoria F- Acolhimento Subcategoria G - orientação
---------------------------------	--------------------	---

ANEXO A- PORTARIA QUE INSTITUI O QUALISUS

PORTARIA Nº 3.125 DE 7 DE DEZEMBRO DE 2006.

Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o Plano Nacional de Saúde, aprovado no Conselho Nacional de Saúde;

Considerando que, no contexto da Política Qualisus, a qualificação do Sistema de Urgência é tida como ação prioritária;

Considerando a Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, e

Considerando que a Política Nacional de Atenção às Urgências prevê, entre outros objetivos, qualificar a assistência em acordo com os princípios da Integralidade e as diretrizes da Política Nacional de Humanização,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir o Programa de Qualificação da Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, em consonância com as diretrizes de organização de redes locais e regionais de atenção integral às urgências, definidas na Portaria nº 1.863/GM, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Parágrafo único. O Programa de Qualificação da Atenção às Urgências tem como foco ações nos componentes pré-hospitalar fixos (nas Unidades Não Hospitalar de Atenção às Urgências) e Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.

Art. 2º Definir como diretrizes do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência:

I - 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;

II - 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;

III - proporcionamento de ambiência que valorize os espaços acolhedores e que propiciem processo de trabalho estabelecido a partir de níveis de necessidades nos serviços de saúde;

IV - proporcionamento da ampliação e fortalecimento do controle social, por meio da implantação da gestão democrática e participativa nos serviços de saúde;

V - garantia da educação permanente dos trabalhadores das urgências com a inclusão de saberes que subsidiem as práticas da atenção resolutiva e humanizada no pré-hospitalar fixo, móvel e nos serviços hospitalares integrando os serviços com os Núcleos de Educação em Urgências e Centros Formadores;

VI - oferecimento de condições tecnológicas aos estados e municípios para que desenvolvam uma efetiva regulação, controle e avaliação de seus sistemas de saúde; e

VII - diminuição de mortes evitáveis em situações de urgências.

Art. 3º A proposta de Qualificação do Sistema de Atenção Integral às Urgências pressupõe a organização do sistema de saúde para este tipo de atenção, estruturada por meio da:

I - organização de atenção pré-hospitalar fixa, prestada pela rede básica de atenção e também por uma rede de Unidades Não Hospitalares de Atenção às Urgências;

II - continuidade à implantação do atendimento pré-hospitalar móvel, por meio da ampliação e qualificação progressiva da Rede Nacional SAMU-192, instituída pela Portaria nº 1864/GM, de 29 de setembro de 2003;

III - organização e qualificação dos hospitais com portas abertas às urgências para dar suporte resolutivo ao Sistema de Urgência, por meio da reorganização do processo de trabalho e implantação dos dispositivos mencionados no artigo 2º, desta Portaria;

IV - Definição de leitos hospitalares dedicados à recuperação definitiva dos pacientes após a estabilização da situação de urgência e de serviços de hospital dia, centros de reabilitação e de atenção domiciliar, a partir da política de regulação local e por intermédio dos complexos reguladores.

Art. 4º Estabelecer cooperação técnica e financeira entre os gestores municipais, estaduais e federal em consonância com a Política Nacional de Atenção às Urgências e à Política Nacional de Regulação.

Art. 5º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada, adote todas as providências necessárias à plena estruturação do Programa de Qualificação da Atenção às Urgências e ao fiel cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO B- PORTARIA QUE ORIENTA A CONTINUIDADE DO QUALISUS

**Diário Oficial
Imprensa Nacional**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
BRASÍLIA - DF**

.Nº 239 – DOU de 09/12/08 – p. 70

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PORTARIA Nº 2.972/GM DE 9 DE DEZEMBRO DE 2008

Orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos

I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências;

Considerando a Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da Rede Nacional SAMU 192;

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde;

Considerando a prioridade do Ministério da Saúde de implementar um vigoroso programa de investimento para alterar a configuração de Redes de Atenção à Saúde no espaço nacional, a fim de superar as limitações no acesso e contribuir para a integração solidária do espaço nacional;

Considerando a necessidade de garantir atendimento de urgência oportuno e qualificado nas Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde;

Considerando a Portaria nº 2.922/GM, de 3 de dezembro de 2008, que estabelece condições para o fortalecimento e implementação do componente de "organização de

redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências;

Considerando a Portaria nº 2.970/GM, de 8 de dezembro de 2008, que institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192;

Considerando que, desde sua implantação, o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS, vem destinando recursos à qualificação de hospitais de grande porte, localizados, na maioria das vezes, nas capitais ou em regiões metropolitanas;

Considerando que a ampliação da abrangência do QualiSUS vem somar esforços à Portaria nº 3.125/GM, de 7 de dezembro de 2006, que institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS, investindo na estruturação e qualificação de prontos-socorros, em hospitais parceiros na configuração de Redes Regionais de serviços que possam contribuir para a garantia de acesso e a adequada continuidade de tratamento aos cidadãos acometidos por agravos urgentes, que tenham sido atendidos inicialmente na rede básica de saúde, em unidades de pronto-atendimento ou pelo pré-hospitalar móvel, favorecendo a regionalização e a ampliação da cobertura da Rede de Urgência nos Municípios/regiões com SAMU já instalados e habilitados; e

Considerando a necessidade de aprimorar as condições para que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e as Municipais de saúde procedam à implementação de todos os componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências, resolve:

Art. 1º Determinar que o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgências no Sistema Único de Saúde Programa - QualiSUS invista recursos na ampliação e/ou adequação de Unidades Hospitalares a fim de qualificá-las para que possam compor o desenho de Redes Regionalizadas de Atenção às Urgências, nas áreas de abrangência dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 já habilitados em todo o território nacional, conforme as diretrizes emanadas pela presente Portaria e seu Anexo, tendo como complemento o Caderno de Orientações Técnicas de Urgências e Emergências.

§ 1º Poderão ser apresentados projetos de ampliação e/ou adequação de unidades hospitalares a fim de qualificá-las para que possam compor o desenho de Rede Regionalizada de Atenção às Urgências em concomitância com a apresentação de projetos de implantação de novos SAMU 192, desde que estes tenham caráter regional.

§ 2º Nesses casos, a avaliação dos projetos de ampliação e/ou adequação de Unidades Hospitalares só será realizada após a avaliação e aprovação do projeto de implantação do SAMU 192 na respectiva região.

Art. 2º Definir que os recursos de que trata o art. 1º desta Portaria possam ser utilizados para ampliação e/ou adequação do Pronto-Socorro propriamente dito.

Art. 3º Determinar que para a elaboração dos projetos referidos no art. 1º sejam observadas as determinações do Anexo desta Portaria, bem como as diretrizes e orientações técnicas sobre áreas físicas e edificações, materiais e equipamentos médicos e de informática contidas no Caderno de Diretrizes Técnicas - Organização de Redes de Atenção Integral às Urgências, disponível no Portal da Saúde: www.saude.gov.br - SAMU.

Art. 4º Estabelecer que todos os projetos devam ser submetidos à apreciação do Colegiado de Gestão Regional - CGR, quando houver, e ser aprovados e priorizados nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB de cada Estado.

Art. 5º As Comissões Intergestores Bipartite - CIB deverão enviar ofício com as devidas priorizações ao Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, Coordenação-Geral de Urgência e Emergência - MS/SAS/DAE/CGUE, para homologação.

Art. 6º Estabelecer cooperação técnica e financeira entre os gestores municipais, estaduais e federal na implementação das Redes de Atenção Integral às Urgências, em consonância com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Art. 7º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada e a Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, adote todas as providências necessárias à plena continuidade do Programa de Qualificação da Atenção às Urgências e ao fiel cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

PRÉ-REQUISITOS PARA DE PROJETOS:

O financiamento de projetos para a ampliação/fortalecimento do componente hospitalar proposto pela presente Portaria destina-se, especialmente, à organização e à qualificação de redes regionais de atenção às urgências, com ampliação do acesso com vistas à equidade

e à integralidade da atenção.

São considerados pré-requisitos para candidatar-se ao QualiSUS:

I - localizar-se em território de abrangência de um SAMU-192 já implantado e habilitado:

a) nos casos de locais em que não haja SAMU 192 implantado e habilitado, a solicitação para ampliação e/ou adequação de Unidades Hospitalares a fim de qualificá-las para que possam compor o desenho de Rede Regionalizada de Atenção às Urgências poderá ser encaminhada desde que o projeto do SAMU 192 da região seja encaminhado previamente ou concomitantemente a este;

b) a aprovação dos projetos de ampliação e/ou adequação de Unidades Hospitalares fica vinculada à aprovação prévia do projeto SAMU 192.

II - localizar-se em região que esteja em processo de adesão ao Pacto Pela Saúde e de estruturação do Colegiado de Gestão Regional;

III - elaborar projeto contendo:

a) designação de Coordenação para a rede de Urgência implantada;

b) criação e implantação dos Comitês Gestores de Urgências ou Câmaras Técnicas de Urgência nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal, de acordo com a Portaria nº 1.864/GM, de 2003 e Portaria nº 399/GM, de 2006;

c) ações contidas nos Planos de Atenção Integral às Urgências, em conformidade com os Planos Diretores de Regionalização - PDR, conforme determinam o Pacto pela Saúde e a Portaria 1.864/GM, de 2003, prevendo a inserção das unidades/serviços a serem adequadas nesses planos;

d) desenho do fluxo entre as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, as UPAs e Salas de Estabilização (onde houver) e portas de urgência hospitalares, tanto para referência como para contra-referência de pacientes;

e) termo de compromisso do estabelecimento assistencial de saúde e pactuação de retaguarda assinado pelos Diretores dos hospitais solicitantes com o adequado acolhimento e atendimento dos casos encaminhados pelas Centrais Reguladoras dos SAMUs de cada localidade e em articulação com os Complexos Reguladores já instalados;

f) declaração assinada e aditivada oportunamente ao Termo de Compromisso de Gestão relativos à imediata:

1. Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco;

2. Constituição de equipe horizontal de gestão do Pronto Socorro, com participação do gestor loco-regional e do controle social