



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Gutierrez da Silva, Larissa; Matsuda, Laura Misue; Pagliarini Waidman, Maria Angélica
A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 21, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 320-328
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71422962009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A ESTRUTURA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA PÚBLICO, NA ÓTICA DOS TRABALHADORES: PERSPECTIVAS DA QUALIDADE¹

Larissa Gutierrez da Silva², Laura Misue Matsuda³, Maria Angélica Pagliarini Waidman⁴

¹ Extraído da dissertação - Vivência de trabalhadores de um serviço de urgência público: avaliando a qualidade da estrutura, processo e resultado do atendimento, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), 2010, com financiamento do CNPq, Edital Universal nº14/2008.

² Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Paraná, Brasil. E-mail: larissagutierrez@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM. Paraná, Brasil. E-mail: Immatsuda@uem.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM. Paraná, Brasil. E-mail: angelicawaidman@hotmail.com

RESUMO: Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, que objetivou apreender a percepção de trabalhadores de um serviço de urgência público em relação à qualidade da estrutura local. Os dados foram coletados em abril de 2010, por meio de dez entrevistas individuais e tratados conforme o método Análise de Conteúdo Temática, o que possibilitou a identificação de uma categoria, amparada nas subcategorias: recursos materiais, recursos humanos, recursos físicos, recursos financeiros, instrumentos normativos e sistemas de informação. Os resultados demonstraram que os entrevistados avaliaram positivamente a estrutura, destacando a disponibilidade de recursos materiais, reformas e adequações realizadas, qualificação e capacitação profissional, repasse de recursos financeiros conforme metas institucionais, direcionamento do atendimento por meio de protocolos, e monitoramento das informações através de indicadores de qualidade. Concluiu-se que, apesar de haver certas fragilidades no setor, como alta temperatura do ambiente e déficit de recursos humanos, os trabalhadores consideram que a estrutura atende satisfatoriamente aos preceitos da qualidade.

DESCRIPTORES: Qualidade da assistência à saúde. Gestão de qualidade. Serviço hospitalar de emergência.

THE STRUCTURE OF A PUBLIC EMERGENCY CARE SERVICE, FROM THE WORKERS' VIEW: PERSPECTIVES ON QUALITY

ABSTRACT: This qualitative, exploratory-descriptive study was performed with the objective to understand the perception of workers in a public emergency care service regarding the quality of the local structure. Data collection was performed in April of 2010 by means of individual interviews, and then analyzed according to the Thematic Content Analysis method, which permitted the identification of one category supported by the following subcategories: material resources, human resources, physical resources, financial resources, normative instruments, and information systems. The results demonstrated that the subjects made a positive evaluation of the structure, highlighting the availability of material resources, renovations and adjustments that were made, professional qualification and training, the transfer of financial resources according to the institutional goals, protocol-guided services, and supervision of the information using quality indicators. In conclusion, despite the existing weaknesses in the sector, such as high temperature of the environment and a personnel shortage, workers consider that the structure is effective in meeting the principles of quality.

DESCRIPTORS: Quality of health care. Quality management. Emergency service hospital.

ESTRUTURA DE UN SERVICIO PÚBLICO DE URGENCIAS EN LA VISIÓN DE LOS TRABAJADORES: PERSPECTIVAS DE CALIDAD

RESUMEN: Investigación cualitativa, exploratoria-descriptiva, que objetivó entender la percepción de trabajadores de un servicio público de urgencias en relación a la calidad de la estructura local. Datos recolectados en abril de 2010, mediante entrevistas individuales y tratados según el Análisis de Contenido Temático, lo que posibilitó identificar una categoría, amparada en las subcategorias: recursos materiales, recursos humanos, recursos físicos, recursos financieros, instrumentos normativos y sistemas de información. Los resultados demostraron que los entrevistados evaluaron positivamente la estructura, destacando la disponibilidad de recursos materiales, reformas y adecuaciones realizadas, calificación y capacitación profesional, captación de recursos en sintonía con las metas institucionales, direccionamiento de la atención mediante protocolos, y monitoreo de información por medio de indicadores de calidad. Se concluyó que, a pesar de existir ciertas fragilidades en el sector, como alta temperatura ambiental y déficit de recursos humanos, los trabajadores consideran que la estructura cumple satisfatoriamente los preceptos de la calidad.

DESCRIPTORES: Calidad de la atención de salud. Gestión de calidad. Servicio de urgencia en hospital.

INTRODUÇÃO

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

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

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

Concomitante às determinações legislativas, muitos hospitais e seus respectivos serviços de urgência, para se manterem em um cenário de competitividade e atualização tecnológica, têm procurado inovar seu sistema gerencial por meio da adoção de Programas de Qualidade, congregando, dentre outros aspectos, o humanismo e a satisfação dos clientes internos e externos.³ O gerenciamento focado na qualidade preza também pelo aprimoramento contínuo em todos os níveis da organização, levando à necessidade do uso de sistemas avaliativos.³

No que tange à avaliação do cuidado em saúde, muitos serviços têm empregado métodos avaliativos fundamentados na tríade proposta por Donabedian: estrutura, processo e resultado.⁴ Nessa abordagem, a estrutura se relaciona aos recursos humanos, físicos, materiais, financeiros e aos instrumentos normativos; o processo compreende as atividades que envolvem os profissionais e os usuários, com base em padrões determinados; e o resultado consiste no produto final da assistência prestada, de forma a analisar o estado da saúde e a satisfação de padrões e expectativas.⁵

Considerando que a tríade donabediana permite uma análise sistemática da qualidade do atendimento à saúde;⁵ que apesar dos avanços no

atendimento à urgência no Brasil, os serviços desta área, principalmente aqueles de natureza pública, ainda permanecem superlotados e em situações precárias;⁶ que os recursos humanos, em especial o da enfermagem, têm importante representatividade nos serviços de saúde,⁷ propôs-se a realização deste estudo.

Além disso, percebe-se que, apesar da importância e da necessidade do trabalho da enfermagem em todos os segmentos da área da saúde, em especial dos serviços de urgência e emergência, existe escassez de publicações de natureza qualitativa, com o propósito de avaliar esses serviços. Frente a isso, realizou este estudo cujo objetivo consistiu em apreender a percepção de trabalhadores de um serviço de urgência público, em relação à qualidade da estrutura local.

PERCURSO METODOLÓGICO

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

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

Desde 2006, o hospital em estudo mantém o mais alto nível de certificação de qualidade (nível 3 - Acreditação com Excelência), avaliada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

A coleta de dados foi realizada em abril de 2010. Participaram do estudo dez trabalhadores da equipe multiprofissional que atuavam no serviço de urgência e que atendiam aos seguintes critérios: tempo de atuação mínimo de seis meses no setor e disponibilidade para participar da entrevista. Além disso, foram priorizados aqueles que trabalhavam nesse local desde a sua inauguração e que vivenciaram ao longo do tempo o sistema de gestão da qualidade. O encerramento das entrevistas ocorreu com base na saturação dos dados, em resposta ao objetivo da pesquisa.

Foram realizadas entrevistas individuais, durante o horário de trabalho dos participantes, em uma sala privativa, no próprio hospital, utilizando a frase norteadora: "fale-me sobre a sua

vivência em relação à gestão da qualidade no serviço de urgência". As falas foram registradas em três gravadores digitais. Utilizou-se também o diário de campo, no qual a pesquisadora, após as entrevistas, anotou suas percepções e as reações dos entrevistados que não puderam ser captadas pelos gravadores, como: expressões faciais, posturas e gesticulações.

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

Após realizar as entrevistas e as transcrições na íntegra, foram executadas as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.⁸ Sendo assim, inicialmente foi feita uma leitura detalhada dos depoimentos, e posteriormente, as partes de interesse foram grifadas de acordo com o objetivo do estudo. Na segunda etapa, escreveram-se, ao lado das falas, as palavras (códigos) que expressavam o conteúdo da entrevista. A partir deste processo, foi possível apreender a categoria e as subcategorias. As anotações (códigos), juntamente com as observações, contribuíram para que se procedessem as inferências e interpretações do conteúdo dos dados coletados.

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

Com a finalidade de preservar a identidade dos entrevistados, e diferenciá-los, os mesmos foram identificados com a letra "E" de "Entrevistado", seguida de um numeral arábico, correspondente à ordem em que as entrevistas foram realizadas.

Para facilitar a interpretação dos dados, alguns trechos de falas foram adequados/corrigidos, sem que os respectivos conteúdos fossem modificados.

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

APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

Ao analisar o perfil dos 10 entrevistados, observou-se que a maioria é do sexo feminino (8), com idade entre 25 e 47 anos. Em relação à escolaridade, cinco informantes eram pós-graduados, dois possuíam o Ensino Médio completo, um concluiu o Ensino Fundamental e um tinha o Ensino Fundamental incompleto.

No que se refere à categoria profissional e ao tempo de atuação no hospital, a distribuição dos trabalhadores se apresentou do seguinte modo: Assistente Social (1), com oito anos e seis meses; Auxiliar Administrativo (1), com nove meses; Auxiliar de Limpeza (1), com três anos; Enfermeiro (1), com quatro anos e seis meses; Fisioterapeuta (1), com três anos; Médico (2), ambos com nove anos; Recepcionista (1), com oito anos; Segurança (1), com 10 anos e; Técnico em Enfermagem (1), com 10 anos.

A categoria que emanou das falas e que será discutida, neste estudo, é intitulada "Um olhar para a estrutura do setor de urgência", amparada nas subcategorias: recursos materiais, recursos humanos, recursos físicos, recursos financeiros, instrumentos normativos e sistemas de informação.

Um olhar para a estrutura do setor de urgência

Os recursos materiais no serviço de urgência

Os materiais são "insumos ou fatores produtivos, de natureza física, com determinada durabilidade, empregados na realização de procedimentos/atividades assistenciais aos pacientes internados",^{10:556-7} podendo ser classificados como permanentes e de consumo. No gerenciamento dos materiais hospitalares, é importante determinar os recursos necessários para as atividades assistenciais ou de apoio, considerando os aspectos quantitativos e qualitativos, conforme se evidencia nas falas dos trabalhadores: [...] *os materiais são bons, não falta, tem tudo* [...] (E1); [...] *sempre vem materiais de boa qualidade e quando está para chegar um novo, vem para a gente testar primeiro. Então quer dizer que se a gente não aprova, não fica. Assim, não é só no particular que tem coisa boa, aqui tem também e a gente testa antes* (E2); [...] *aqui a gente tem os materiais e equipamentos disponíveis e trabalha tentando melhorá-los* (E5).

Com base nas falas apresentadas, percebe-se que há disponibilidade de materiais em quantidade

e qualidade apropriadas à realização do trabalho. Trata-se de um fato importante, pois possibilita aos profissionais executar suas atividades de forma contínua e segura. No setor de urgência, a importância da adequação dos materiais é potencializada, tendo em vista que o tempo é um fator determinante no atendimento, e a falta de um insumo pode acarretar danos irreversíveis ao paciente.

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

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

Por outro lado, o excesso de recursos materiais pode favorecer o desperdício, prejudicando a sua disponibilidade na assistência e aquisição de novos produtos. Nesse sentido, para o alcance da qualidade, é preciso considerar também a otimização dos recursos e o custo monetário do cuidado,⁵ para que gastos desnecessários não se tornem obstáculos ao atendimento qualificado.

Os recursos físicos no serviço de urgência

Quando uma pessoa chega a um serviço de urgência, sua primeira impressão geralmente se relaciona à estrutura física que, muitas vezes, está em precárias condições. Apesar de esta ser a realidade de muitas instituições, os relatos dos entrevistados apontam que, no serviço investigado, a situação é diferente: [...] *eu acho que melhorou bastante, a questão de sanitários que era muito precária, agora a gente tem sanitários até muito bons. [...] eu acho que agora está bom* (E7); *A estrutura física melhorou 100%. [...] porque antes os nossos pacientes ficavam no corredor, nas macas. Agora, com a reforma [...] eles não ficam amontoados. [...] cada um fica num cantinho* (E2).

Observou-se que o ambiente e a estrutura física do serviço de urgência foram avaliados posi-

tivamente pelos informantes que, através de expressões faciais e gestos de contentamento, relataram as reformas e adequações realizadas, para atender as demandas dos usuários e trabalhadores. No atendimento em saúde, dados desse tipo são importantes, pois a avaliação da estrutura fundamenta-se na premissa de que instalações físicas adequadas tendem a resultar em processos mais qualificados.⁵ Por outro lado, acredita-se que recursos físicos inapropriados podem prejudicar a realização de procedimentos e provocar resultados indesejáveis.

Embora não seja tão visível e mensurável, o recurso físico exerce influência positiva ou negativa para quem frequenta os hospitais. Uma pessoa que chega a um serviço de urgência para ser atendida, certamente se encontra angustiada e com dor, e não precisa e nem merece ser submetida a desconfortos adicionais advindos de uma estrutura física inadequada.

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

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

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

No gerenciamento dos recursos físicos hospitalares, a atuação de uma equipe multiprofissional é fundamental para que, a partir do reconhecimento das necessidades assistenciais, se faça a programação, a execução e a avaliação do projeto arquitetônico, considerando as legislações específicas vigentes.¹⁵

No âmbito antes mencionado, a categoria enfermeiro se destaca por exercer o papel de líder e gerente das unidades hospitalares, incluindo as de urgências. Desse modo, ele é capaz de associar as atividades desenvolvidas pelos profissionais com a estrutura física, para o planejamento de um ambiente seguro e confortável aos que frequentam o local.¹⁵

De acordo com as falas dos participantes, na instituição investigada, apesar de o espaço físico estar adequado, há necessidade de melhorar a temperatura do ambiente visto que este quesito influencia no conforto aos usuários e profissionais, e consequentemente na qualidade da assistência prestada. Nesta perspectiva, Donabedian⁵ menciona o termo “amenidades” como uma das propriedades da qualidade, sendo que sua definição relaciona-se às condições de conforto e estética das instalações e equipamentos dos serviços de saúde.

Os recursos humanos no serviço de urgência

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

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

Para os entrevistados, a previsão de recursos humanos no serviço de urgência está relacionada

à quantidade e à complexidade dos atendimentos oferecidos, os quais não são fixos e nem previsíveis. O clima de instabilidade constitui uma característica marcante desse serviço e faz com que o dimensionamento de profissionais neste setor seja desafiante e demande revisões constantes.

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

Na abordagem da qualidade em saúde, os recursos humanos são considerados como fator preponderante, seja em termos qualitativos como quantitativos, porque somente com o compromisso e a responsabilidade das pessoas envolvidas na assistência à saúde é possível alcançar uma cultura organizacional de melhoria da qualidade, cujo desenvolvimento representa um dos principais nós críticos para a gestão da qualidade em saúde.¹⁶

Ressalta-se que a insuficiência de recursos humanos desencadeia um aumento do ritmo de trabalho e a consequente sobrecarga ao profissional, que precisa executar mais tarefas em menos tempo. Tal situação é um fator gerador de estresse ao trabalhador e reflete, de forma prejudicial, na qualidade do atendimento.¹⁷

A rotina do setor de emergência, com suas peculiaridades já apontadas anteriormente, exige que o profissional desenvolva habilidades técnicas e cognitivas para que seja capaz de lidar com o inesperado, apresentando agilidade e segurança em seu desempenho. Diante disso, emerge a importância da qualificação e atualização destes trabalhadores, conforme se verifica nas seguintes falas: [...] *aqui você tem pessoas capacitadas. Então, você não se estressa por outras coisas além da própria gravidade do paciente. Você fica preocupado com o paciente, mas você sabe que vai dar um bom suporte, um bom atendimento (E4); [...] a gente tem que estudar para fazer melhor, cada vez melhor. Não pode ficar atrasado no tempo, tem que pensar para frente, para prestar um bom atendimento (E2).*

Constata-se nos depoimentos, que os trabalhadores atuantes no setor investigado buscam a qualificação e a capacitação profissional, relacionando-as com a qualidade assistencial. Esse pensamento corrobora com o referencial deste estudo,⁵ que afirma existir relação direta entre

educação contínua/capacitação profissional e qualidade em saúde.

As falas dos participantes também sugerem uma relação com as diretrizes do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência,² a qual enfatiza a necessidade da capacitação de profissionais de nível técnico e superior, e recomenda a implantação dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU) em todos os municípios brasileiros, com o objetivo de criar espaços de saber interinstitucionais de formação, qualificação e educação permanente de pessoal para o atendimento em urgências em todos os níveis de atenção do sistema.

Acredita-se, portanto, que é no setor de urgência, a porta de entrada do hospital, que deve permanecer o maior número de profissionais experientes e capacitados, visto que é nesse local que os trabalhadores, ao se depararem com a necessidade de atender os mais diferentes perfis de usuários, precisam tomar decisões rápidas e executar suas atividades com segurança, utilizando diferentes tipos de competências.

Os recursos financeiros no serviço de urgência

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

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

Os municípios, enquanto gestores dos orçamentos para a saúde monitoram as atividades desenvolvidas no setor para assegurar que estejam de acordo com o planejado, identificando situações que necessitam de correção ou intervenção. Para isso, trabalha-se com metas e o repasse dos recursos financeiros é vinculado ao alcance das mesmas. Nessa metodologia, as metas são sempre alteradas

e isso traduz o processo contínuo de busca de melhorias e qualificação dos serviços dessa área.¹⁸

Trabalhar com qualidade na saúde é trabalhar com a otimização dos gastos financeiros despendidos. Donabedian¹⁶ define a qualidade nos serviços de saúde a partir de setes componentes, dentre os quais se destaca a eficiência, que se relaciona à mensuração do custo que uma dada melhoria na saúde é alcançada. Assim, se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a que apresenta menor despesa.

Ressalta-se também que é possível chegar a um determinado ponto que a adição de novos custos não irá alterar o grau de melhoria já alcançado.¹⁶ Desse modo, de nada adianta aumentar o financiamento na saúde, se não houver uma gestão competente, que saiba planejar e distribuir os recursos disponíveis de forma equânime, evitando-se o desperdício.

Ainda com relação ao aumento dos custos e do desperdício no cuidado à saúde, há que se considerar os riscos resultantes de excessivos investimentos que não redundam em benefícios ao paciente. Assim, a utilização racional dos insumos, desde que não cause prejuízos à saúde, deve focar a atenção dos profissionais.¹⁶

A vivência do entrevistado, citada anteriormente, demonstra que o alcance da qualidade desejada necessita se equilibrar com a disponibilidade do dinheiro que, sendo de natureza pública, incute aos gestores e trabalhadores a responsabilidade social e ética na sua utilização.

Os instrumentos normativos no serviço de urgência

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

Sendo o tempo um fator crucial no atendimento às urgências, emerge a importância e a necessidade de organização do serviço, como ob-

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

Para algumas pessoas, serviço de urgência é sinônimo de desorganização e improvisação, o que dificulta o estabelecimento de normas e diretrizes. Apesar disso, por se tratar do cuidado à vida e à saúde humana, há quem defenda a necessidade de instrumentos formais em instituições de saúde,¹⁹ com a finalidade de padronizar as ações e organizar o ambiente/serviço associado à orientação dos trabalhadores. Nessa perspectiva, as autoras recomendam que o bom-senso e a prudência sejam quesitos a serem lembrados pelos profissionais que os utilizam, a fim de evitar engessamento das decisões.

Complementando o que foi exposto acima acerca da padronização, a abordagem da Gestão da Qualidade preza por ações de melhoramento contínuo. Sendo assim, os protocolos e as diretrizes precisam ser revistos e readequados sistematicamente, mediante a concepção de que a busca pela excelência nas organizações através de processos de ordenação e organização da assistência é dinâmica e ininterrupta.²⁰

Outro fator importante no gerenciamento dos programas de qualidade é a participação efetiva de todos os profissionais envolvidos no processo de atendimento. Um estudo realizado na unidade de ortopedia e traumatologia de um hospital universitário mostrou que a implantação de protocolos a partir de reuniões sistemáticas e esclarecimentos com os trabalhadores, melhorou o percentual de alguns indicadores de qualidade, tais como: diminuição no tempo de internação, no tempo médio de duração da cirurgia e também no tempo médio de espera para a realização da cirurgia. Esses resultados, além de favorecer o cliente, proporcionaram queda em todos os custos diretos vinculados à internação.²⁰

Para um serviço de urgência, não basta estar em sintonia com os demais setores do hospital; é necessário também se relacionar adequadamente com todo o sistema de saúde. A organização e o direcionamento dessa relação estabelecida entre

os serviços foram abordados no seguinte depoimento: *a gente tem tudo protocolado e normatizado. Então, não somos surpreendidos com pacientes novos, pois o SAMU não dá vaga zero na gente. Por quê? Porque o que tem que vir para cá, eles já sabem, todo mundo já sabe* (E4).

A Portaria nº 2048/2002²¹ do Ministério da Saúde aborda a internação hospitalar na condição de “vaga zero”, que se relaciona ao encaminhamento de paciente sem a existência de um leito disponível. Essa situação, apesar de ser uma tentativa de garantir o acesso à assistência à saúde, pode ocasionar superlotação e desorganização no serviço de urgência, com consequente estresse nos profissionais que lá atuam. Esse cenário, de possível insatisfação, é caracterizado também pela desestabilização na relação entre os trabalhadores do setor de urgência, que se sentem sobrecarregados e até desrespeitados, e os profissionais de outros serviços, como é o caso do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que precisam dar encaminhamento rápido para que o atendimento ao usuário não seja interrompido.

A fala do entrevistado, entretanto, evidencia um cenário onde prevalece a integração entre o setor de urgência e os serviços extra-hospitalares. Isso é louvável porque o direcionamento no atendimento às urgências por meio de instrumentos normativos tende a apoiar tomadas de decisões que redundam em mais tempo ao paciente e melhor qualidade no atendimento.

O sistema de informação no serviço de urgência

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

Para algumas instituições, alcançar um padrão satisfatório na assistência às urgências é,

muitas vezes, uma utopia, um desejo distante da realidade. Entretanto, percebe-se nas falas dos trabalhadores que, a partir de informações atualizadas no sistema informatizado, é possível diagnosticar o perfil dos usuários e analisar se os mesmos estão de acordo com a missão institucional.

Ademais, quando se utilizam indicadores assistenciais, tais como o tempo de permanência no serviço, a qualidade deixa de ser uma aspiração abstrata e totalmente subjetiva, pois permite que a assistência seja avaliada e, sobretudo, aprimorada.¹⁶ Além disso, a utilização de um instrumental estatístico, como verbalizado pelos entrevistados, possibilita que, a partir de dados concretos, seja feita uma análise rápida da situação, o que propicia tomadas de decisões mais seguras, aumentando a chance de se obter melhores resultados.^{16,22}

Os sistemas avaliativos por meio de indicadores propiciam também a realização de análises comparativas externas ao hospital, em perspectiva local, regional, nacional e internacional, assim como a verificação da evolução em determinado período de tempo e do padrão de desempenho do serviço. Essas análises produzem informações que ao apoiar ações de melhoria, se coadunam com a filosofia da Qualidade, que tem como um de seus princípios básicos, o aperfeiçoamento contínuo do atendimento, com base em dados concretos.³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que este estudo atendeu ao objetivo proposto, tendo em vista que foi possível compreender que os entrevistados avaliaram positivamente a estrutura do serviço em que atuam, com destaque para: a disponibilidade dos recursos materiais em quantidade e qualidade satisfatórias, as reformas e adequações realizadas na estrutura física, a qualificação e capacitação profissional, o repasse dos recursos financeiros a partir de metas institucionais, o direcionamento do atendimento por meio de protocolos estabelecidos com os serviços intra e extra-hospitalares, e o monitoramento das informações através de indicadores de qualidade.

É importante destacar que o gerenciamento focado na qualidade preza pela satisfação de padrões de excelência e pelo atendimento das expectativas dos clientes internos e externos, o que exige ousadia para que sejam implementadas mudanças institucionais que se iniciam com frequência, nos aspectos estruturais dos serviços. Isto se deve ao fato de que a dimensão estrutura, quando

comparada ao processo e ao resultado, traz efeitos mais imediatos e visíveis, pois proporcionam um clima de motivação na organização e favorece a continuidade na promoção de melhorias nas demais dimensões.

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

REFERÊNCIAS

1. Sabbadini FS, Gonçalves AA. A unidade de emergência no contexto do ambiente hospitalar. *Rev Eletrônica Admin Hospitalar*. 2005 [acesso 2009 Ago 12]; 1(1):1-13. Disponível em: <http://www.saocamilo-rj.br/reah/artigosabbadini.pdf>
2. Ministério da Saúde(BR). Portaria n.º 3125, de 07 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualISUS e define competências. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.
3. Araújo MAP, Neto FRGX, Chagas MIO, Brasil RWN, Cunha ICKO. Qualidade na atenção hospitalar: análise da percepção dos trabalhadores de saúde de um hospital do norte cearense. *Rev Adm Saude*. 2008 Abr-Jun; 10(39):73-8.
4. Gurgel Junior GDG, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Cienc Saude Colet*. 2002; 7(2):325-34.
5. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *J Am Med Assoc*. 1988 Sept.; 260(12):1743-8.
6. Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev Eletr Enferm [online]*. 2009 [acesso 2009 Ago 12]; 11(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.html>
7. Monteiro MRMB. A importância da gestão de pessoas para as instituições de saúde. *Rev Adm Saude*. 2009 Jan-Mar; 11(42):43-8.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 2008.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética e pesquisa. Resolução N° 196/96. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996.
10. Mesquita SRAM, Anselmi ML, Santos CB, Hayashida MM. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos

- materiais consumidos. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005 Jul-Ago; 13(4):555- 61.
11. Gelbcke F, Matos E, Schmidt IS, Mesquita MPL, Padilha, MFC. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Jul-Set; 15(3):515-20.
12. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Abr-Jun; 18(2):266-72.
13. Ministério da Saúde(BR). Núcleo técnico da política nacional de humanização. *HumanizaSUS: Ambiência*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.
14. Viana LMV, Bruzstyn I, Santos M. Ambientes de saúde: o estado da arte da arquitetura hospitalar frente aos desafios contemporâneos. *Cad Saude Colet* 2008 Jan-Mar; 16(1):7-20.
15. Kurcgant P, organizador. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro(RJ): Guanabara Koogan;2005.
16. Donabedian A. The seven pillars of quality. *arch. Pathol Lab Med*. 1990 Nov; 114(11):1115-8.
17. Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2006 Jul-Ago; 14(4):534-9.
18. Couttolenc BF, Zucchi P. *Gestão de recursos financeiros*. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
19. Matsuda LMM, Meireles VC, Gomes FV, Saalfeld SMS, Molina RM. Instrumentos administrativos: percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Cogitare Enferm*. 2010 Jan-Mar; 15(1):117-23.
20. Lagioia UCT, Falk JÁ, Ribeiro Filho JF, Libonati JJ, Lopes JEG. A gestão por processos gera melhoria de qualidade e redução de custos: o caso da unidade de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. *Rev Contab Financ*. 2008 Set-Dez; 1(48):77-90.
21. Ministério da Saúde(BR). Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. Determina o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e Emergência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
22. Donabedian A, Wheeler HRC, Wyszewianski L. Quality, cost, and health: an integrative model. *Med Care* 1982 Out; 20(10):975-92.