

## Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Qualisus)

Implementation degree assessment  
of the Hospital Urgency Care Qualification Program (Qualisus)

Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão-filho<sup>1</sup>  
Eduardo Freese de Carvalho<sup>1</sup>  
José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior<sup>1</sup>

**Abstract** *This study aims to assess the implementation degree of the Hospital Urgency Care Qualification Program (Qualisus) in three high complexity hospitals of Recife municipality, Pernambuco State. A normative assessment was conducted based on structural and work process attributes concerning to user rights and embracement and to health services diagnostic and therapeutic resolubility. The program implementation degree was evaluated as intermediate at the three hospitals. Results referred to the implementation degree of program actions are described and discussed in detail in this article.*

**Key words** *Program assessment. Quality of health care, Emergency services*

**Resumo** *O presente artigo tem por objetivo avaliar o grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Qualisus) em três hospitais de alta complexidade do SUS do município do Recife, Pernambuco. Foi realizada uma avaliação normativa, levando-se em conta atributos estruturais e do processo de trabalho relativos às dimensões do acolhimento e direitos dos usuários e da resolutividade diagnóstica e terapêutica dos serviços. O grau de implantação do programa foi avaliado como intermediário nos três hospitais. O artigo detalha e discute os achados referentes ao grau de implantação das ações que compõem o programa nos três serviços. Palavras-chave Avaliação de programas, Qualidade da assistência à saúde, Serviços de emergência*

---

<sup>1</sup> Centro de Pesquisas  
Aggeu Magalhães, Fiocruz.  
Av. Professor Moraes Rego  
s/n, Cidade Universitária.  
50670-420 Recife PE.  
fgusmaofilho@gmail.com

## Introdução

Em conformidade com o Plano Nacional de Saúde, foi definida a chamada Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, denominada Qualisus. Esta foi lançada publicamente em 2003, com o objetivo central de elevar o nível de qualidade da assistência prestada à população pelo SUS, representando assim ***a síntese das aspirações e necessidades da população de uma atenção à saúde que garanta o acesso a todos os níveis de complexidade e, principalmente, uma atenção eficaz, efetiva e humana como parte de seus direitos de cidadania***<sup>1</sup>.

Dentre os vários componentes do SUS, os serviços de urgência e emergência das grandes capitais foram considerados como prioritários no processo de qualificação, com a justificativa de serem reconhecidos como uma das principais fontes de queixas da população, segundo pesquisa de opinião<sup>2,3</sup>. Define-se correntemente urgência como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e emergência como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”<sup>4</sup>. A superlotação das portas hospitalares de urgência seria decorrente de vários fatores, dentre os quais se destacam a baixa resolutividade da rede primária, a desarticulação entre os níveis de assistência e a própria insuficiência estrutural, gerencial e funcional destes serviços<sup>5,6</sup>.

Ao priorizar a qualificação dos sistemas de urgências, o Qualisus entra em consonância com a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que pressupõe para este fim: (1) a organização de rede não hospitalar de urgência na atenção básica e numa rede de pronto-atendimentos; (2) o desenvolvimento do atendimento pré-hospitalar de urgência, pela implantação do Serviço Móvel de Urgência (Samu); (3) a instalação de uma central geral de regulação de leitos (Regulação Médica); (4) a organização e qualificação dos hospitais de urgência para dar suporte resolutivo ao sistema de urgência; (5) a definição de retaguarda de leitos hospitalares e atenção domiciliar<sup>1,7</sup>.

O Qualisus está também em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH), que destaca a humanização como dimensão fundamental do cuidado com qualidade à saúde. Esta política prevê a redução de filas e do tempo de espera, a ampliação do acesso, o atendimento

acolhedor de acordo com a gravidade, a referência territorial, a garantia de informações ao usuário e de acompanhamento por pessoas de sua rede social e a garantia de gestão participativa<sup>8</sup>.

Assim, o Qualisus, enquanto política de saúde dirigida fundamentalmente aos sistemas de urgências, prevê investimentos em equipamentos e infraestrutura, na formação e valorização dos trabalhadores, nas propostas de mudanças nas inter-relações entre profissionais de saúde e usuários e na introdução de novas tecnologias organizacionais de atenção e de novos modelos de gestão nas portas hospitalares de urgência<sup>5</sup>. Dessa forma, visando a sua implantação, o Qualisus passa a ser um programa do Ministério da Saúde dirigido ao sistema de urgência e emergência<sup>9</sup>.

O conteúdo e a metodologia de implantação do Qualisus foram desenvolvidos a partir da reunião de experiências regionais de qualificação assistencial, em todo o país, por uma equipe técnica reunida sob coordenação ligada à Secretaria Executiva e participante do colegiado gestor do Ministério da Saúde. A sua implantação foi iniciada em 2004, a partir de uma experiência piloto em quatro capitais: Porto Alegre, Rio de Janeiro, Goiânia e Recife. Em meados do segundo semestre de 2005, o programa foi expandido para as demais capitais e regiões metropolitanas<sup>1,5,6</sup>.

A implantação foi precedida pela discussão da proposta entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios, seguida do estabelecimento de um pacto de compromisso entre as esferas, com definição de papéis e contrapartidas. As secretarias estaduais e municipais se encarregariam fundamentalmente do gerenciamento da implantação da política na rede assistencial local, garantindo insumos e a contratação de recursos humanos quando necessário. Ao Ministério da Saúde caberia o financiamento para reformas físicas e aquisição de equipamentos pelos hospitais. A negociação foi firmada pela assinatura de um protocolo de intenções<sup>1,5,6</sup>.

Em cada região metropolitana, foram preferencialmente selecionados hospitais gerais com porta hospitalar de urgência, pertencentes à rede própria do SUS. Alguns hospitais universitários e filantrópicos também foram incluídos, com a justificativa de causar impacto significativo no sistema de saúde. Em Pernambuco, a segunda maior rede pública hospitalar do SUS, foram incluídos o Hospital da Restauração (HR), o Hospital Geral Otávio de Freitas (HGOF) e o Hospital Getúlio Vargas (HGV), classificados como hospitais de referência de nível III, ou seja, de média e alta complexidade<sup>1,5,6</sup>.

O processo de implantação do Qualisus pactuado com os hospitais era composto por quatro eixos:

(1) Acolhimento, ambiência e direito dos usuários – que reúne linhas de ação sob a dimensão da humanização, com vistas ao respeito ao direito das pessoas, ao conforto dos usuários e à sua adaptação aos serviços de saúde;

(2) Resolução diagnóstica e terapêutica – que contém linhas de ação visando à efetividade e à resolutividade da assistência à saúde, a valorização dos trabalhadores e a redução dos riscos;

(3) Responsabilização e garantia de continuidade do cuidado – que traz linhas de ação direcionadas à presteza da atenção e ao fortalecimento do vínculo dos trabalhadores com usuários e com o sistema de saúde e

(4) Aprimoramento e democratização da gestão – que agrupa linhas de ação objetivando uma maior capacidade de gestão e controle social dos hospitais e setores de urgências<sup>1,5</sup>.

Assim, o programa Qualisus carrega no seu bojo um conjunto de conceitos complementares baseados em pilares fundamentais do SUS, como a equidade e a integralidade das ações, relacionadas à humanização do cuidado. Cabe lembrar que muitas de suas linhas de ação não são exclusivas, tomando parte de outras políticas, como a PNH, e até mesmo de programas de qualificação próprios dos hospitais. O processo de implantação do Qualisus, assim como o de qualquer outro programa, pode sofrer interferência dos atores envolvidos, consultores, gestores estaduais, municipais e hospitalares e dos trabalhadores de saúde, agindo em contextos distintos em relação às características dos hospitais, do sistema de saúde e às diversidades socioeconômico-culturais. O objetivo deste artigo é avaliar o grau de implantação do programa Qualisus em três hospitais do município do Recife, tendo como referência atributos relativos à estrutura (espaço físico, recursos materiais e humanos, estrutura organizacional) e ao processo de trabalho (aplicação de rotinas, protocolos e normalizações) das suas próprias linhas de ação.

## Métodos

Os hospitais incluídos no estudo são classificados como hospitais gerais com porta hospitalar de urgência, por atenderem à demanda tanto de urgência como eletiva, de caráter geral e especializado, espontânea e referenciada. Apesar de pertencerem à mesma categoria, estes hospitais

têm perfis diferentes e papéis distintos na rede de assistência à saúde local. O HR possui a porta de urgência de adultos mais utilizada do estado, com cerca de 12,5 mil atendimentos mensais à época do início da implantação do programa. É referência para casos de acidentes e procedimentos complexos, como a atenção a queimados e neurocirurgias. O HGOF atende predominantemente casos clínicos de uma área bastante populosa da região sudoeste do Recife e do município vizinho de Jaboatão dos Guararapes. É referência para urgências psiquiátricas e traumato-ortopédicas. Já o HGV localiza-se na região oeste do município, assistindo do mesmo modo a uma área bastante populosa do Recife, além de municípios circunvizinhos, a oeste e ao norte. É referência para traumas (Quadro 1)<sup>5,11,12</sup>.

As variáveis selecionadas neste estudo para avaliação do grau de implantação foram definidas a partir das próprias linhas de ação reunidas nos Eixos I (Acolhimento, ambiência e direito dos usuários) e II (Resolução diagnóstica e terapêutica). Três das linhas de ação do programa ainda não foram devidamente avaliadas e, portanto, não estão apresentadas neste artigo: a garantia de privacidade no atendimento, o direito de informação e confidencialidade das informações sobre o estado de saúde e a aplicação do Estatuto do Idoso e da Criança e Adolescente.

A verificação do grau de implantação foi realizada por meio de avaliação normativa, que compara os atributos das variáveis estudadas com critérios preestabelecidos<sup>10</sup>. O uso de padrões normativos são recomendados na pesquisa avaliativa quando resultantes de valores e conhecimentos aceitos pelo sistema de saúde vigente<sup>11</sup>. No presente estudo, os critérios e as normas adotadas foram derivados dos documentos oficiais do programa Qualisus e da PNAUJ<sup>1,5,8,13,14</sup>.

Foi elaborado um sistema de pontuação atribuindo-se o mesmo peso aos eixos e às linhas de ação dentro dos eixos. Dentro do Eixo I, a pontuação foi distribuída uniformemente entre as cinco linhas de ação (cinquenta pontos cada). A linha de ação “Acolhimento com classificação de risco” se refere à facilitação da adaptação do usuário ao serviço de saúde por uma equipe capacitada e à aplicação de critérios de gravidade para o atendimento. Leva em conta a adequação da área física, a quantidade e qualidade de recursos humanos e a aplicação de rotina de trabalho. A linha de ação “Garantia de usuário à alimentação adequada” refere-se ao fornecimento ao usuário das três refeições diárias principais. Já a linha de ação “Garantia ao usuário a acompa-

nhante em consultas e área de observação” leva em conta a presença de mobiliário (pelo menos uma cadeira) e de sala de estar para os acompanhantes e a aplicação de rotina de trabalho. A linha de ação “Estabelecimento de visitas abertas com horários agendados pelos cuidadores” diz respeito à flexibilidade para troca de acompanhante, considerando a aplicação de rotina de trabalho. Por fim, a “Formação de Grupo de Trabalho de Humanização” reforça a necessidade de equipes especialmente estabelecidas para a aplicação de conceitos e práticas relativas à humanização dentro da organização hospitalar, levando em conta a quantidade e capacitação de recursos humanos e a aplicação de rotina de trabalho.

O Eixo II, “Resolução diagnóstica e terapêutica”, foi composto por sete linhas de ação. De modo arbitrário, a linha “Garantia de quantidade de profissionais adequados à demanda” recebeu quarenta pontos, enquanto que as demais, 35 pontos. Esta linha se refere à proporção percentual do número de profissionais existentes em relação ao número de vagas existentes em cada serviço. A linha de ação “Normalização de condutas

médicas” considera a elaboração e aplicação de guias de conduta médica e/ou de enfermagem. A linha de ação “Adequação da estrutura física” leva em conta a divisão do setor de urgências em áreas de observação, de estabilização e de retaguarda, respeitando áreas e planejamento arquitetônico. Já a “Adequação de equipamentos na sala de estabilização e de retaguarda” considera a existência de uma lista mínima de aparelhagem em quantidade suficiente para suprir a demanda dos setores de urgência de cada hospital. A linha de ação “Organização de retaguarda de especialidades médicas de acordo com a demanda” refere-se à existência em número e composição suficiente de equipes clínicas e cirúrgicas de apoio. Já a linha “Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico de acordo com a demanda” considera a presença em quantidade suficiente desses serviços nos hospitais. Por fim, a linha de ação “Implantação de central de equipamentos de suporte e monitoramento de pacientes críticos” refere-se à existência desse serviço nos hospitais, considerando-se ainda o seu horário de funcionamento. O Quadro 2 resume o sistema de pontuação.

**Quadro 1.** Principais características dos setores de urgências dos Hospitais da Restauração (HR), Getúlio Vargas (HGV) e Geral Otávio de Freitas (HGOF), 2005.

Características	HR	HGV	HGOF
Número de atendimentos por mês	12.500	12.000	11.000
Número de médicos e odontólogos por plantão	31	25	20
Número de leitos de observação	90	52	71
Especialidades (referência em itálico)	Cirurgias geral (acidentados), BMF, vascular, neurocirurgia; clínica médica, neurologia; traumatologia; endoscopia; Ceatox; queimados.	Cirurgias geral, BMF, vascular e neurocirurgia; clínica médica, neurologia; traumatologia.	Cirurgia geral; clínica médica; pediatria; psiquiatria.
Municípios de procedência dos usuários	Recife: 43,1% Olinda: 12,0% Jaboatão: 10,5% Paulista: 6,1% Camaragibe: 3,2% Outros: 25,1%	Recife: 64,0% Outros municípios da RMR: 26,0% Demais municípios e outros estados: 10,0%	Jaboatão: 46,6% Recife: 41,4% Outros: 12,0%

Obs.: BMF: buco-maxilo-facial; Ceatox: Central de toxicologia; RMR: Região Metropolitana do Recife.

**Quadro 2.** Pontuação conferida a linhas de ação e atributos dos Eixos I e II do programa Qualisus para avaliação do grau de implantação três hospitais do município do Recife, 2007.

<b>EIXO I – ACOLHIMENTO, AMBIÊNCIA E DIREITOS DOS USUÁRIOS (250 pontos):</b>	<b>EIXO II – RESOLUÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA (250 pontos):</b>
<p>1. Acolhimento com classificação de risco (50 pontos):</p> <p>1.1. Adequação da área física (10 pontos) – presença de sala de espera, área para registro; sala para classificação de risco; sala para entrevista com acompanhantes e familiares; sala de ouvidoria; sala de apoio aos familiares; área de embarque e desembarque de ambulância; área para lavagem de pranchas e macas; ambiente de apoio administrativo; área para acolhimento, reunião e descanso dos trabalhadores:</p> <p>a) Inadequada - até 6 itens adequados (3 pontos);  b) Adequada - de 7 a 9 itens adequados (6 pontos);  c) Integral - todos os itens adequados (10 pontos).</p> <p>1.2. Quantidade e qualidade de recursos humanos (20 pontos) – presença de segurança, recepcionista, enfermeira ou psicóloga ou assistente social:</p> <p>a) Quantidade insatisfatória, conforme a opinião do entrevistado (10 pontos);  b) Quantidade satisfatória, com capacitação para a função (20 pontos).</p> <p>1.3. Aplicação de rotina (20 pontos):</p> <p>a) Parcialmente e insatisfatoriamente – aplicação esporádica, a depender do número de funcionários da escala de plantão (5 pontos);  b) Parcialmente e satisfatoriamente – aplicação nos períodos de maior movimento (10 pontos);  c) Integralmente (20 pontos).</p> <p>2. Garantia ao usuário de alimentação adequada: recebimento pelos usuários das principais refeições (50 pontos);</p> <p>3. Garantia ao usuário a acompanhante em consultas e área de observação (50 pontos):</p> <p>3.1. Adequação da área física – presença de mobiliário e sala de estar para os acompanhantes (10 pontos).  3.2. Aplicação de rotina (40 pontos):</p> <p>a) Parcialmente – aplicação em períodos limitados e/ou dirigida a usuários específicos (20 pontos);  b) Integralmente (40 pontos).</p> <p>4. Estabelecimento de visitas abertas com horários agendados pelos cuidadores: há aplicação de rotina (50 pontos):</p> <p>a) Parcialmente – aplicação apenas durante períodos limitados (25 pontos);  b) Integralmente (50 pontos).</p> <p>5. Formação de grupo de humanização (50 pontos):</p> <p>5.1. Adequação de recursos humanos (20 pontos):</p> <p>a) Quantidade insatisfatória – em relação à demanda, de acordo com a opinião do entrevistado (10 pontos);  b) Quantidade satisfatória, com capacitação para a função (20 pontos).</p> <p>5.2. Aplicação de rotina (30 pontos):</p> <p>a) Parcialmente – aplicação irregular, sem plano de trabalho (15 pontos);  b) Integralmente (30 pontos).</p>	<p>1. Garantia de quantidade de profissionais adequados à demanda – presença de médicos, odontólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem na proporção percentual esperada em relação à escala (40 pontos):</p> <p>a) &lt; 60% (0 ponto);  b) 60-69% (5 pontos);  c) 70-79% (10 pontos);  d) 80-89% (20 pontos);  e) 90-100% (40 pontos).</p> <p>2. Normalização de condutas médicas (35 pontos):</p> <p>a) Elaboração e aplicação de uma (15 pontos);  b) Elaboração e aplicação de duas (25 pontos);  c) Elaboração e aplicação de três ou mais (35 pontos).</p> <p>3. Adequação da estrutura física - presença de áreas de observação (verde), de retaguarda (amarela) e de estabilização (vermelha) (35 pontos):</p> <p>a) Com adaptação (20 pontos);  b) Conforme o preconizado, respeitando áreas e planejamento arquitetônico (35 pontos).</p> <p>4. Adequação de equipamentos na sala de estabilização e de retaguarda – presença em quantidade adequada para a demanda de lista mínima de aparelhagem: desfibrilador, eletrocardiógrafo, monitor cardíaco, ventilador, ambu, aspirador elétrico de secreções, material de entubação, caixa de traqueostomia e de pequenas cirurgias, fonte fixa de oxigênio, de ar comprimido e de vácuo, cilindro de oxigênio e de ar comprimido, medicação de urgência na validade e recipiente para descarte de material perfurocortante (35 pontos).</p> <p>5. Organização de retaguarda de especialidades médicas de acordo com a demanda (35 pontos):</p> <p>a) Parcialmente suficiente – conforme a opinião do entrevistado (20 pontos);  b) Suficiente – conforme a opinião do entrevistado (35 pontos).</p> <p>6. Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico de acordo com a demanda (35 pontos):</p> <p>a) Parcialmente suficiente – conforme a opinião do entrevistado (20 pontos);  b) Suficiente – conforme a opinião do entrevistado (35 pontos).</p> <p>7. Implantação de central de equipamentos de suporte e monitoramento de pacientes críticos (35 pontos):</p> <p>a) Funcionamento em horário parcial (20 pontos);  b) Funcionamento em horário integral (35 pontos).</p>



Tomou-se como grau de implantação a proporção da pontuação obtida em relação à pontuação máxima alcançável pelos hospitais para cada linha de ação, eixo e para o programa com um todo, conforme o sistema de pontuação. Para a determinação do grau de implantação, foram arbitrariamente estabelecidos pontos de corte, de modo que os resultados obtidos apresentassem coerência – (1): 0 a 50% - implantação incipiente; 51 a 75% - implantação intermediária; 76 a 100% - implantação avançada.

A coleta dos dados foi realizada pelo primeiro autor deste artigo por meio de questionário estruturado, contendo 59 perguntas fechadas relativas à qualidade e quantidade de elementos estruturais e à frequência e aplicação de rotinas. Foram entrevistados em cada hospital pelo menos dois componentes da direção e/ou do setor de urgências, entre os meses de julho e setembro de 2007, ou seja, dois anos após o início da introdução das melhorias. Na ocorrência de disparidades entre respostas, um terceiro ou até um quarto componente foi entrevistado.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital da Restauração, aprovado sob o registro CAAE nº 0053.0.102.097-06. Os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido ao aceitarem participar da entrevista.

## Resultados e discussão

Considerando os dois eixos em conjunto, o grau de implantação foi considerado como intermediário nos três hospitais (HR - 73%; HGOF - 65%; HGV - 57%). A Tabela 1 e os gráficos 1 e 2 resumem a pontuação obtida e o grau de implantação correspondente para linhas de ação, eixos e hospitais. A seguir, serão apresentados e discutidos os resultados de cada eixo.

### Eixo I - Acolhimento, ambiência e direito dos usuários

Este eixo reúne cinco linhas de ação sob a dimensão da humanização, relativas ao direito das pessoas, ao conforto dos usuários e a sua adaptação aos serviços de saúde. O grau de implantação do Eixo I foi considerado como avançado no HR (78%), intermediário no HGOF (69%) e incipiente no HGV (40%) (Gráfico 1).

A linha de ação “Acolhimento com classificação de risco” apresentou implantação intermediária no HR (52%) e incipiente no HGV (42%) e

no HGOF (6%), como mostra o Gráfico 2. Essa linha de ação tenta responder a um dos principais motivos de insatisfação dos usuários do SUS, de acordo com pesquisas recentes – a baixa acolhida por parte dos profissionais de saúde<sup>2,3</sup>. A noção de acolhimento, quando aplicada no campo da saúde, pressupõe a mudança da relação profissional-usuário e profissional-profissional mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde<sup>15-18</sup>. O Qualisus aplica a noção de acolhimento nos setores de urgências hospitalares, enfatizando o seu significado de ação gerencial de reorganização do processo de trabalho, por meio da instituição de espaço físico definido e de equipe capacitada para a aplicação de normalizações e rotinas especializadas. Entre essas, destaca-se a classificação de risco, uma ferramenta de triagem de largo emprego internacional, que confere agilidade do atendimento a partir da análise da gravidade, do potencial de risco ou do grau de sofrimento do usuário, ao invés da simples ordem de chegada no serviço<sup>19-21</sup>.

A área destinada ao acolhimento e à classificação de risco nos setores de urgência do HGOF e o HR estava adaptada, neste último de modo adequado (oito dos dez itens presentes). Já o setor de urgências do HGV, apesar de ter passado por reforma estrutural recente, não contava com alguns elementos importantes de ambiência, como sala de apoio aos familiares e sala de ouvidoria. No HGOF, não se aplicavam as rotinas, enquanto que no HGV e no HR, o acolhimento e a classificação de risco eram realizados apenas em alguns períodos, a depender da disponibilidade em quantidade da equipe de enfermagem. De fato, o principal entrave à composição de equipes de acolhimento é o receio de aumento da carga de trabalho devido ao deslocamento de profissionais de saúde para esse fim<sup>20</sup>. Franco *et al.*<sup>18</sup>, em experiência de implantação de acolhimento em uma unidade básica de saúde, observaram aumento de horas trabalhadas por parte de enfermeiros e técnicos de enfermagem. Este aumento, porém, foi acompanhado por acréscimo considerável da produtividade em termos de acesso do usuário ao serviço que, em última instância, traduziu-se em aumento do rendimento do trabalho.

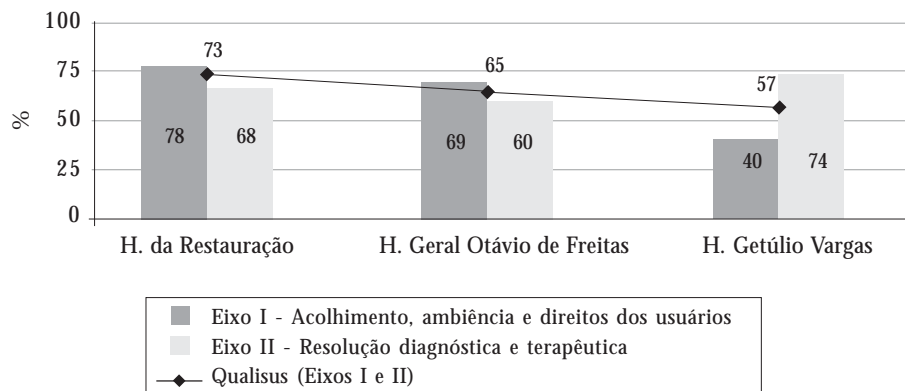
O acolhimento é, dentre os dispositivos preconizados pela PNH e pelo Qualisus, um dos mais estudados. A maior parte desses estudos diz respeito a implantações bem-sucedidas em serviços de saúde de atenção primária<sup>18,22-28</sup>, enquanto que apenas um tem como campo um

**Tabela 1.** Grau de implantação (n e %) conforme linhas de ação e seus atributos de dois eixos do programa Qualisus em três hospitais do município do Recife, 2007.

Eixos, linhas de ação e atributos	Pontuação máxima	Hospitais					
		HR		HGV		HGOF	
1. Acolhimento, ambiência acolhedora e direito dos usuários	<b>250</b>	<b>196</b>	<b>(78)<sup>1</sup></b>	<b>101</b>	<b>(40)<sup>3</sup></b>	<b>101</b>	<b>(40)<sup>3</sup></b>
1.1 Acolhimento com classificação de risco:	50	26	(52) <sup>2</sup>	21	(42) <sup>3</sup>	21	(42) <sup>3</sup>
1.1.1 Área física:	10	6	(60) <sup>2</sup>	6	(60) <sup>2</sup>	6	(60) <sup>2</sup>
1.1.2 Recursos humanos:	20	10	(50) <sup>3</sup>	10	(50) <sup>3</sup>	10	(50) <sup>3</sup>
1.1.3 Aplicação de rotina:	20	10	(50) <sup>3</sup>	5	(25) <sup>3</sup>	5	(25) <sup>3</sup>
1.2 Garantia ao usuário à alimentação adequada:	50	50	(100) <sup>1</sup>	50	(100) <sup>1</sup>	50	(100) <sup>1</sup>
1.3 Garantia ao usuário a acompanhante em consultas e área de observação:	50	40	(80) <sup>1</sup>	20	(40) <sup>3</sup>	20	(40) <sup>3</sup>
1.3.1 Área física:	10	0	(0) <sup>3</sup>	0	(0) <sup>3</sup>	0	(0) <sup>3</sup>
1.3.2 Aplicação de rotina:	40	40	(100) <sup>1</sup>	20	(50) <sup>3</sup>	20	(50) <sup>3</sup>
1.4 Estabelecimento de visitas abertas agendadas pelos cuidadores:	50	50	(100) <sup>1</sup>	0	(0) <sup>3</sup>	0	(0) <sup>3</sup>
1.5 Formação de grupo de humanização:	50	30	(60) <sup>2</sup>	10	(20) <sup>3</sup>	10	(20) <sup>3</sup>
1.5.1 Recursos humanos:	20	10	(50) <sup>3</sup>	10	(50) <sup>3</sup>	10	(50) <sup>3</sup>
1.5.2 Aplicação de rotina:	30	20	(67) <sup>2</sup>	0	(0) <sup>3</sup>	0	(0) <sup>3</sup>
2. Resolução diagnóstica e terapêutica	<b>250</b>	<b>170</b>	<b>(68)<sup>2</sup></b>	<b>185</b>	<b>(74)<sup>2</sup></b>	<b>185</b>	<b>(74)<sup>2</sup></b>
2.1 Garantia de quantidade de profissionais adequados à demanda:	40	10	(25) <sup>3</sup>	10	(25) <sup>3</sup>	10	(25) <sup>3</sup>
2.2 Normalização de condutas médicas:	35	0	(0) <sup>3</sup>	0	(0) <sup>3</sup>	0	(0) <sup>3</sup>
2.3 Adequação da estrutura física:	35	20	(57) <sup>2</sup>	35	(100) <sup>1</sup>	35	(100) <sup>1</sup>
2.4 Adequação de equipamentos na sala de estabilização:	35	35	(100) <sup>1</sup>	35	(100) <sup>1</sup>	35	(100) <sup>1</sup>
2.5 Organização de retaguardas de especialidades médicas:	35	35	(100) <sup>1</sup>	35	(100) <sup>1</sup>	35	(100) <sup>1</sup>
2.6 Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico:	35	35	(100) <sup>1</sup>	35	(100) <sup>1</sup>	35	(100) <sup>1</sup>
2.7 Implantação de central de equipamentos:	35	35	(100) <sup>1</sup>	35	(100) <sup>1</sup>	35	(100) <sup>1</sup>
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>366</b>	<b>(73)<sup>2</sup></b>	<b>286</b>	<b>(57)<sup>2</sup></b>	<b>286</b>	<b>(57)<sup>2</sup></b>

Obs.: HR: Hospital da Restauração; HGV: H. Getúlio Vargas; HGOF: H. Geral Otávio de Freitas.

Legenda: <sup>1</sup> Grau de implantação avançado; <sup>2</sup> Grau de implantação intermediário; <sup>3</sup> Grau de implantação incipiente.

**Gráfico 1.** Grau de implantação dos Eixos I e II do programa Qualisus em três hospitais. Recife (PE), 2007.

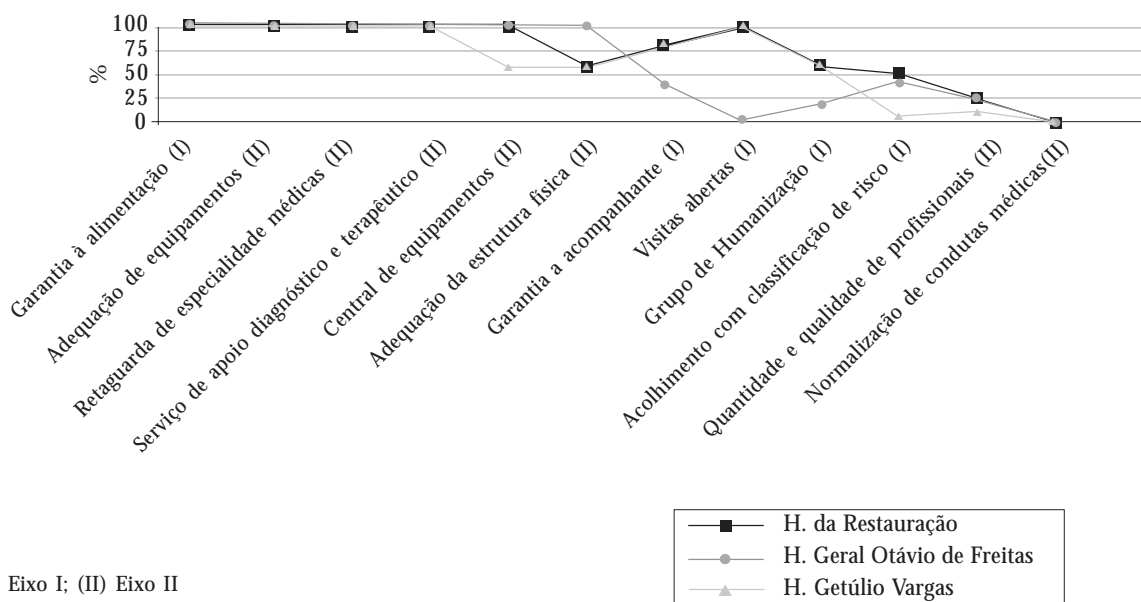
serviço de pronto-atendimento<sup>29</sup>. Já em relação ao dispositivo “Acolhimento com classificação de risco”, encontramos uma pesquisa acadêmica<sup>30</sup> e relatos de experiências de implantação em serviços de saúde incluídos na PNH<sup>31</sup> e no Qualisus<sup>32</sup>.

As três linhas de ação referentes aos direitos dos usuários do Eixo I foram as que obtiveram os maiores graus de implantação (Gráfico 2). A linha de ação referente à “Garantia ao usuário à alimentação adequada” obteve pontuação máxima nos três hospitais. Já a linha “Garantia a acompanhante em consultas e na área de observação” apresentou implantação avançada no HR e no HGOF (80%), enquanto que no HGV o grau foi incipiente (40%). Neste hospital, eram apenas permitidos acompanhantes nos casos previstos por lei (crianças e idosos, por exemplo). A linha de ação “Estabelecimento de visitas abertas com horários agendados pelos cuidadores” alcançou 100% de implantação no HR e no HGOF, enquanto que no HGV o grau foi nulo.

Essas linhas trazem mais conceitos derivados da PNH aplicados aos setores de urgência<sup>33</sup>. A “Visita aberta” é o dispositivo que amplia o acesso para os visitantes, garantindo o elo entre o paciente, sua rede social e os outros serviços da

rede de saúde. Já o “Acompanhante” representa esta rede social durante a estadia do paciente no hospital. Ambos atuam em conjunto na garantia de um ambiente mínimo de conforto ao paciente, facilitando a sua recuperação. São vários os entraves para a sustentação desses elementos nos serviços de saúde, em especial nos setores de urgência. Entre estes, a carência de estrutura física e a concepção de representarem mais uma demanda potencial na rotina de trabalho<sup>21,33,34</sup>. Deve-se destacar que nenhum dos hospitais oferecia infraestrutura adequada para o acolhimento dos acompanhantes, como mobiliário e sala de estar.

A última linha de ação do Eixo I refere-se à existência, composição e atuação dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH). Os GTH são dispositivos criados pela PNH, formados por profissionais, técnicos, gestores e usuários, com o propósito de auxiliar na melhoria da qualidade da produção de saúde e do processo de trabalho atuando em serviços, instâncias gestoras (secretarias de saúde, distritos sanitários) e instituições afins (conselhos profissionais e entidades formadoras)<sup>35</sup>. No HR e no HGOF, o grau de implantação desta linha de ação foi considerado intermediário (60%), enquanto que no HGV, in-



(I) Eixo I; (II) Eixo II

**Gráfico 1.** Grau de implantação das linhas de ação pertencentes aos Eixos I e II do programa Qualisus em três hospitais. Recife (PE), 2007.



ciente (20%) (Gráfico 2). Os três hospitais contavam com GTH formalmente constituídos, porém com número de componentes abaixo do ideal para a demanda, na opinião dos entrevistados. Apenas no HR e no HGOF os GTH estavam em atividade regular.

### **Eixo II – Resolução diagnóstica e terapêutica**

Esse eixo reúne sete linhas de ação com vistas à efetividade e resolutividade da assistência, à valorização dos trabalhadores e à redução de riscos, mesclando conceitos advindos de teorias organizacionais e da PNH<sup>5,6,19</sup>. Cinco dessas referem-se estritamente a dimensões estruturais dos serviços de urgências: recursos humanos, área física e equipamentos. Já as linhas “Implantação de central de equipamentos de suporte e monitoramento de pacientes críticos” e “Normalização de condutas médicas” concernem também à aplicação de processos. O grau de implantação do Eixo II foi considerado intermediário nos três hospitais (HGV - 74%; HR - 68%; HGOF - 60%) (Gráfico 1).

Em relação à linha de ação “Adequação da estrutura física do setor de urgência” em áreas de observação, retaguarda e estabilização, apenas o HGV cumpria com o preconizado (grau de implantação de 100%). No HR e no HGOF, os setores de urgência encontravam-se adaptados (57% - implantação intermediária) (Gráfico 2). Até a realização desta pesquisa, apenas o setor de urgências do HGV havia passado por reforma estrutural recente. O Qualisus preconiza a divisão da área de emergência dos setores de urgência em níveis de complexidade, a fim de facilitar a assistência pela adequação de recursos humanos e tecnológicos. Essas salas devem ser identificadas por cores: área vermelha - destinada à estabilização de pacientes em estado grave, instáveis, que requerem atendimento imediato; área amarela - para atendimento de pacientes críticos, porém estáveis, aguardando vaga para internamento ou transferência, os quais requerem atendimento em no máximo quinze minutos; área verde - área preparada para o atendimento e observação de usuários não críticos, antes da alta, internamento hospitalar ou transferência, os quais requerem atendimento em até trinta minutos. Há ainda a área azul, destinada às consultas de baixa e média complexidade<sup>1,20</sup>.

Em relação às linhas de ação “Adequação de equipamentos na sala de observação e retaguarda”, “Organização da retaguarda de especialida-

des médicas às equipes” e “Adequação do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico”, os três hospitais obtiveram pontuação máxima (grau de implantação de 100%) (Gráfico 2). As salas de observação e estabilização dos três serviços possuíam conjunto de equipamentos adequado as suas dimensões, porém insuficiente em relação à grande demanda verificada. Devido aos diferentes perfis de atendimento dos hospitais, não foi estabelecido um referencial único para equipamentos, equipes de retaguarda e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Foi considerada para pontuação a conformidade com a demanda para cada hospital. Os três hospitais ofereciam central de equipamentos de suporte (setor de engenharia clínica), porém, no HGOF, este funcionava apenas no horário diurno.

Os três hospitais obtiveram pontuação nula em relação à linha de ação “Normalização de condutas médicas”, ou seja, nenhum deles seguia qualquer guia de manejo diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico. Acredita-se que as normalizações de assistência médica com base em evidências científicas contribuam para a qualificação de serviços através da redução de erros, da variabilidade de condutas e, conseqüentemente, dos custos<sup>6,36</sup>.

Por fim, a linha de ação “Garantia de quantidade e qualidade de profissionais adequados à demanda” apresentou grau de implantação incipiente nos três hospitais (HR e HGV: 25%; HGOF: 13%) (Gráfico 2). Apesar de serem considerados de alta complexidade, possuidores de diversas equipes de especialidades e de um parque tecnológico avançado, os setores de urgência dos três hospitais apresentavam insuficiência de recursos humanos, tanto de nível médio e como de nível superior. Apenas as equipes terceirizadas (recepção e segurança) apresentavam quadro funcional completo. O setor de urgências do HGOF foi o que mostrou o maior déficit de profissionais, com pouco mais de 60% do seu quadro preenchido.

### **Considerações finais**

Neste estudo inédito, avaliou-se a introdução por meio de um programa ministerial de melhorias estruturais e inovações organizacionais complexas em serviços de urgência e emergência de grandes hospitais públicos, setores considerados como pontos críticos do SUS.

Pelos resultados apresentados, verificamos que a implantação do Qualisus alcançou grau

intermediário nos três hospitais. Considerando-se os eixos em separado, observou-se que as linhas de ação do Eixo I (acolhimento, ambiência e direito dos usuários) obtiveram maior grau de implantação que as do Eixo II (resolutividade diagnóstica e terapêutica) em dois dos três hospitais. Apenas quatro das doze linhas de ação alcançaram implantação completa. A linha “Normalização de condutas médicas” apresentou grau de implantação nulo nos três hospitais. Dessa forma, este artigo evidencia que o programa Qualisus ainda não foi adequadamente implantado, indicando a necessidade da continuidade de investimentos em recursos físicos e humanos, assim como no aprimoramento das tecnologias organizacionais e das relações interpessoais nos serviços hospitalares de urgência.

Uma vez que hospitais de outras regiões metropolitanas também participaram do programa Qualisus, seria útil nesses casos a verificação do grau de sua implantação por meio do emprego de métodos avaliativos, tendo em vista a diversidade regional, organizacional, econômica e social que caracteriza o país. Evidencia-se assim a necessidade e importância da institucionalização da prática da avaliação em saúde como auxílio à tomada de decisões para mudanças ou ajustes na condução de programas públicos.

### **Colaboradores**

FAR Gusmão-filho participou da formulação do objetivo, metodologia, coleta e análise dos dados e redação do texto. EF Carvalho contribuiu na formulação do objetivo e metodologia e ainda participou da redação do texto. JLAC Araújo Júnior participou da formulação do objetivo e metodologia.

## Referências

1. Organização Pan-Americana de Saúde. **Estratégia de Continuidade e Expansão das Atividades do Qualisus**. Recife: OPAS; 2005
2. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica* 2005;21:S109-S118.
3. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. **Saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2003.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.451 de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. *Diário Oficial da União* 1995; 17 mar.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Qualisus - Política de qualificação da atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Organização Pan-Americana de Saúde. **Metodologia de intervenção do Qualisus**. Recife: OPAS; 2005
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.863 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* 2003; 29 set.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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-Urgência - e define competências. *Diário Oficial da União* 2006; 7 dez.
10. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44 (Supl):166-206.
12. Furtado BMASM. **Perfil da clientela da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde** [dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães; 2003.
13. Organização Pan-Americana de Saúde. **Análise dos resultados alcançados pelo Qualisus**. Recife: OPAS; 2006.
14. Santos JS. Instrumento de conhecimento da organização das portas hospitalares de urgência para subsidiar a Política de Qualificação dos Hospitais de Urgência. In: Organização Pan-Americana de Saúde. **Estratégia de continuidade e expansão das atividades do Qualisus**. Recife: OPAS; 2005. p. 40-62.
15. Gomes MCPA, Pinheiros R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)* 2005; 9:287-301.
16. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizador. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003.
17. Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002.
18. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 1999;15:345-353.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23:331-340.
23. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta paul enferm* 2007; 20:12-17.
24. Scholze AS, Ávila LH, Silva MM, Dacoreggio STK. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. *Revista Espaço para a Saúde* [periódico na Internet] 2006 [acessado 2008 jan 04];8(1):[cerca de 6 p.]. Disponível em: [http://www.ccs.uel.br/espacoparasauade/v8n1/v8n1\\_artigo\\_2.pdf](http://www.ccs.uel.br/espacoparasauade/v8n1/v8n1_artigo_2.pdf)
25. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. Bras. Saude Matern. Infant.* 2005; 5:493-503.
26. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica* 2004; 20:1487-1494.
27. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19:27-34.
28. Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000; 8:30-37.
29. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15:1-8.
30. Coêlho BP. **O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças nos Modelos de Atenção e de Gestão do SUS (O caso do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho/João Pessoa/Paraíba)** [dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz; 2006.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. A humanização no Hospital Municipal Odilon Behrens: um modo de fazer incluyente e participativo - Belo Horizonte, MG. [site da Internet] 2006 [acessado 2008 jan 4]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/HOB\\_02-10.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/HOB_02-10.pdf)
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Acolhimento com classificação de risco na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre, RS. [site da Internet] 2006 [acessado 2008 Jan 4]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/GHC\\_02-10.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/GHC_02-10.pdf)
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Visita aberta e direito a acompanhante. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. A humanização da atenção à saúde no Hospital Sofia Feldman - Belo Horizonte, MG; 2006. [site da Internet] [acessado 2008 jan 4]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sofia\\_02-10.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sofia_02-10.pdf)
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Grupo de Trabalho de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
36. Walker RD, Howard MO, Lambert MD. Medical Practice Guidelines. *West J Med* 1994; 161:39-44.

Artigo recebido em 28/01/2008

Aprovado em 03/07/2008

Versão final apresentada em 18/07/2008