

EMANUELLY PAULINO SOARES

**ANÁLISE DA INSERÇÃO DO HOSPITAL DE BASE NA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA, 2014



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

EMANUELLY PAULINO SOARES

**ANÁLISE DA INSERÇÃO DO HOSPITAL DE BASE NA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos  
Scherer

BRASÍLIA

2014

EMANUELLY PAULINO SOARES

ANÁLISE DA INSERÇÃO DO HOSPITAL DE BASE NA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovada em 26 de setembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer – (Presidente)  
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Helena Eri Shimizu – (Examinador interno ao Programa)  
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Gisele D'Owyer de Oliveira (Examinador externo ao Programa)  
ENSP/Fiocruz

Prof. Dra. Muna Muhhamad Odeh (Suplente)  
Universidade de Brasília

*Dedico este trabalho aos meus avós João Paulino e Mirinha que já partiram desta vida, mas que sempre torceram pelo meu crescimento profissional.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Profa. Dra. Magda Scherer, pela paciência, parceria, compreensão, generosidade e pela grandeza espiritual que investe na relação com o outro.

À Helena Shimizu, Gisele O'Dwyer e Muna Odeh por terem aceitado prontamente o meu convite para compor a banca e me honrarem com sua presença.

Aos meus pais, irmã, cunhado, avó, tios e primos pela motivação, por acreditarem em mim, por se orgulharem de cada conquista.

Ao amado Ravi, meu sobrinho e afilhado querido que reacende a chama do amor, da esperança e do desejo de dias melhores.

Aos professores, colegas e demais equipe administrativa da Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela parceria, dedicação e amizade construída ao longo do caminho.

Aos amigos e colegas do Ministério da Saúde, pelo respeito, carinho e pelo desejo de juntos construirmos um SUS para todos.

Aos gestores e profissionais de saúde do Hospital de Base do Distrito Federal pela confiança, respeito, disponibilidade e acolhimento.

## RESUMO

O Brasil e o mundo enfrentam um cenário epidemiológico, demográfico e econômico dinâmico que sugere grandes desafios para os sistemas de saúde, especialmente os públicos e universais. O crescimento e a agudização das doenças crônicas não-transmissíveis e a perda prematura de pessoas jovens por acidentes e violências são problemas que exigem a configuração de um modelo de atenção centrado. Neste sentido, o Ministério da Saúde junto aos estados e municípios vem trabalhando desde 2010 na implantação de redes de atenção à saúde, no intuito de superar a gestão e a atenção fragmentadas. O presente estudo teve como objetivo geral analisar a inserção do Hospital de Base na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Distrito Federal, e como objetivos específicos caracterizar o HBDF no SUS, caracterizar o serviço de pronto-socorro, Centro de Trauma, deste hospital no SUS, bem como descrever a aplicação dos critérios de qualificação desse serviço enquanto porta de entrada hospitalar de urgência e emergência prioritária. A coleta de dados se deu através de informações secundárias dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e do hospital em questão e da aplicação de questionário com gestores e trabalhadores do serviço de pronto-socorro e do Centro de Trauma, porta de entrada dos usuários graves. Os dados coletados foram analisados devidamente considerando a triangulação utilizando-se a técnica de análise temática. Conclui-se que há desconhecimento dos profissionais de saúde participantes do estudo quanto à inserção do hospital na Rede de Atenção às Urgências e Emergência do Distrito Federal; a alta demanda de usuários e definição de fluxos assistenciais e pactos na rede incipiente; a aplicação parcial dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde; o pouco investimento na educação permanente em saúde dos trabalhadores; boas práticas em relação à regulação de urgências e emergências pelo SAMU; e, o anseio dos gestores pela efetivação do trabalho em rede. Assim, o processo de inserção do hospital estudado na rede de atenção às urgências e emergências no Distrito Federal acontece de forma lenta e gradual, porém esta ação está presente nos anseios dos gestores e trabalhadores do serviço de pronto-socorro e do Centro de Trauma do hospital, por isso deve ser geradora de mobilização para a mudança e para a efetivação da rede de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Rede de atenção à saúde. Atenção hospitalar. Urgências e emergências.

## **ABSTRACT**

The Brazil and the world face a dynamic epidemiological, demographic and economic scenario suggests major challenges for health systems, especially public and universal. Growth and worsening of chronic non-communicable diseases and premature loss of young people from accidents and violence are problems that require the setting of a model of focused attention. In this regard, the Ministry of Health with states and municipalities has been working since 2010 on the establishment of networks of health care in order to overcome the management and fragmented attention. The present study had as main objective to analyze the insertion of the Base Hospital Network Emergency Care and Emergencies in the Federal District, and characterize the specific objectives HBDF in SUS, characterizing the service emergency room, trauma center, this hospital the SUS, as well as describe the application of eligibility criteria that service while hospital entrance door of urgency and priority emergency. Data collection occurred through secondary information systems officers from the Ministry of Health and the hospital concerned and a questionnaire with managers and workers of the emergency services and trauma center, a gateway for serious users. The collected data were analyzed with due regard to triangulation using the technique of thematic analysis. We conclude that there is a lack of health professionals participating in the study as the insertion of the hospital in the Network Emergency Care and Emergency Federal District; the high demand of users and defining care flows and covenants in incipient network; partial application of the criteria established by the Ministry of Health; little investment in continuing education in health workers; good practice in relation to the regulation of the SAMU emergency care; and the desire of managers for effective networking. Thus, the insertion process studied in the care network to emergency care in Federal District hospital happens slowly and gradually, but this action is present in the anxieties of managers and workers of the emergency services and trauma center's hospital, so it should be generating mobilization for change and for the effectiveness of the health care network.

**Keywords:** Network of health care. Hospital care. Urgencies and emergencies.

## **LISTA DE FIGURA**

Figura 1 Principais cargas de morbimortalidade no país por faixa etária

Figura 2 Sistema de Saúde SUS/DF

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 Instalações físicas do serviço do HBDF

TABELA 2 Instalações físicas do serviço de pronto-socorro do HBDF

TABELA 3 Equipamentos para manutenção da vida no serviço de pronto-socorro do HBDF

TABELA 4 Atendimentos realizados na Sala Vermelha do Centro de Trauma do HBDF

TABELA 5 Atendimentos realizados por procedência dos pacientes na Sala Vermelha do Centro de Trauma do HBDF

## **LISTA DE SIGLAS**

ACLS – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia é um curso para treinamento em emergências médicas, particularmente emergências cardiovasculares.

APH fixo – Capacitação dos Profissionais de Atendimento Pré-Hospitalar de Urgências Fixo.

ATLS - Suporte Avançado de Vida no Trauma, é um programa de treinamento para médicos e paramédicos para o manejo de casos de trauma físico agudo.

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

DAHU – Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências

GM – Gabinete do Ministro

GT – Grupo Técnico

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

MS – Ministério da Saúde

PAR – Plano de Ação Regional

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

PT – Portaria

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RAU – Rede de Atenção às Urgências

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
<b>2.1 Atenção hospitalar no SUS: resgate histórico e normativo</b> .....	17
<b>2.2 A organização dos serviços de urgências e emergências hospitalares no SUS: desafio de atuação do pronto-socorro em rede</b> .....	19
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	24
<b>3.1 Objetivo geral</b> .....	24
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	24
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	25
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	25
<b>4.2 Local e participantes da pesquisa</b> .....	25
<b>4.3 Procedimentos para coleta de dados</b> .....	26
<b>4.4 Procedimentos para sistematização e análise de dados</b> .....	28
<b>4.5 Procedimentos éticos</b> .....	29
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	30
<b>5.1 O Hospital de Base na Rede de Atenção às Urgências e Emergências</b> .....	30
<b>5.2 Caracterização do Serviço de Pronto-Socorro – Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal</b> .....	38
<b>5.3 Aplicação dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para qualificação da porta de entrada hospitalar de urgência e emergência</b> .....	42
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	48
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	51
<b>APÊNDICES</b> .....	55
<b>Apêndice A: Roteiro de dados secundários</b> .....	55
<b>Apêndice B: Questionário – gestores e dirigentes do hospital.</b> .....	56
<b>Apêndice C: Questionário – profissionais de saúde do hospital.</b> .....	58

<b>Apêndice D: Termo de consentimento livre e esclarecido .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>61</b>
<b>Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Mudanças no cenário mundial apontam muitos desafios para a saúde pública no contexto epidemiológico e sociodemográfico atual, especialmente nos países subdesenvolvidos. O envelhecimento da população, a partir do aumento da expectativa de vida e da conseqüente queda nas taxas de natalidade, são alguns dos fatores preocupantes, pois apontam para a necessidade de se organizar os sistemas de saúde para lidarem com as incapacidades e doenças crônicas degenerativas, ou seja, apontam para um cenário de complexificação das doenças e, conseqüentemente, da produção do cuidado. Nesse sentido, convém dizer que os acidentes de trânsito e a violência, além das doenças do aparelho circulatório, com destaque para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, ocupam o ranking das doenças e agravos mais comuns. Segundo dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010 apud BRASIL, 2013, p. 9):

O último censo, realizado em 2010, apresentou em relação ao censo anterior um aumento de 12,3% na população brasileira que revela uma objetiva diminuição do ritmo do crescimento populacional do Brasil se assemelhando a padrões europeus. Concomitantemente ocorre também um processo de envelhecimento da população, sendo que desta mais que 10% têm mais de 60 anos, significando mais de 20 milhões de pessoas. (BRASIL, 2013, p. 9)

Tendo em vista a tripla carga de doenças – causas externas, doenças crônicas não transmissíveis (entre essas têm destaque as doenças crônico-degenerativas) e as doenças infecciosas –, a implementação de redes de atenção à saúde se torna uma estratégia fundamental para o reordenamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 4.279 que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Essa portaria representa um marco histórico no processo de organização da assistência à saúde nos Estados e Municípios. Com ênfase na organização dos territórios situados nas regiões de saúde, ela resgata o contexto histórico que justifica a implantação, bem como os conceitos, os fundamentos, os elementos e as estratégias, para constituição da RAS (BRASIL, 2010). Do mesmo modo, em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600 reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) como estratégia fundamental para a consolidação do SUS, de modo a promover e assegurar a universalidade, a integralidade da atenção e da equidade do acesso, além de

transparência na alocação de recursos dos serviços e ações de saúde no âmbito da atenção às situações de urgência e emergência. A RUE deverá ser implementada de forma gradativa, em todo território nacional, respeitando critérios epidemiológicos e de densidade populacional (BRASIL, 2011; BRASIL, 2003). Em outubro de 2011, o Ministério da Saúde publicou a portaria ministerial de nº 2.395, que organiza o componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS, com o objetivo de ampliar e qualificar as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, as enfermarias clínicas de retaguarda, as enfermarias de retaguarda de longa permanência e os leitos de terapia intensiva, além de reorganizar as linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular (BRASIL, 2011). Pode-se destacar como importante nessa linha do tempo normativa, para o contexto deste estudo, a portaria ministerial nº 1.663, de 6 de agosto de 2012, que dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) enquanto uma ação estratégica prioritária para a implementação do componente Hospitalar da RUE, realizada em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência do SUS. O Hospital de Base do Distrito Federal foi o quinto hospital a ser inserido nesse programa no âmbito nacional (BRASIL, 2012).

A organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) se justifica pela necessidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Estudos de Frainer (2004, p. 11) afirmam que

[...] a avaliação do desempenho de hospitais é atividade de vital importância para a administração dessas instituições, quer no que se refere ao objetivo de otimizar a utilização dos seus recursos, quer como prática capaz de apontar erros e direcionar caminhos em busca da melhoria contínua dos seus serviços de assistência à saúde. (FRAINER, 2014, p. 11)

A implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências se apresenta como estratégia potente para consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. O estudo de

experiências de incorporação dos hospitais como porta de entrada hospitalar de urgência<sup>1</sup> pode trazer significativa contribuição para a discussão da atuação em rede dos hospitais.

A atuação da pesquisadora na área técnica responsável pelo planejamento e execução de políticas relativas à atenção hospitalar de urgência e emergência, junto ao Departamento de Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência e à Secretaria de Atenção à Saúde no Ministério da Saúde, justifica o interesse no desenvolvimento da pesquisa realizada durante o mestrado profissionalizante em saúde coletiva da UnB, considerando a importância de atrelar a teoria à prática na discussão contemporânea do hospital, da atenção às urgências e emergências e, conseqüentemente, da necessidade de atuação em rede.

Para compreender a inserção de um hospital na rede deve-se considerar, de um lado, todo um arcabouço normativo que traz a Rede de Atenção às Urgências e Emergência no âmbito do Ministério de Saúde para a organização dos territórios sanitários e, por outro, a atividade concreta que envolve o trabalho “vivo” dos gestores e trabalhadores da saúde na sua relação com o meio, como geradores de mudança e mobilização. A partir destas considerações pretende-se investigar como o Hospital de Base de Brasília se insere na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Distrito Federal, partindo-se das seguintes indagações:

- Como se insere um hospital na Rede de Atenção às Urgências e Emergências?
- Como são aplicados os critérios de qualificação do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências à luz das diretrizes estabelecidas na portaria ministerial nº 2.195/2011 no pronto-socorro do Hospital de Base?

Este estudo iniciou-se a partir da caracterização do HBDF no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco no Pronto-Socorro – Centro de Trauma, a partir dos dados gerais apresentados no Sistema Nacional de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (DATASUS/MS). Procurou-se, assim, descrever de que maneira os critérios estabelecidos na portaria ministerial nº 2.395/2011 são utilizados pelos gestores e trabalhadores desse setor do hospital para qualificação do componente atenção hospitalar e funcionamento em rede, propondo sugestões de melhorias se necessário.

Espera-se que este estudo acrescente contribuições para a discussão das normas e critérios de qualificação das portas de entrada hospitalares de urgência e emergência do país estabelecidos pelo Ministério da Saúde no sentido de aprimorar o trabalho produzido e que

---

<sup>1</sup> Porta de entrada hospitalar de urgência corresponde aos serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas (BRASIL, 2011, p. 02).

seus resultados provoquem uma inquietação quanto à necessidade de aproximar gestores e trabalhadores na tomada de decisão cotidiana, especialmente quanto ao desejo de constituir redes de atenção.

O estudo está organizado a partir do referencial teórico, que contempla uma discussão geral da atenção hospitalar no SUS. Em sequência se discute o desafio de organizar as urgências e emergências hospitalares e as dimensões do trabalho em saúde. São apresentados, posteriormente, os objetivos, o percurso metodológico, os resultados e as discussões. Ao fim, as considerações finais, as referências bibliográficas, os apêndices e o anexo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Atenção hospitalar no SUS: resgate histórico e normativo

Conforme aponta Ernesto de Souza Campos,

A palavra hospital é de raiz latina (*hospitalis*) e de origem relativamente recente. Vem de *hospes* – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é tratar os doentes ou, como *nosodochium* quer dizer – receber os doentes. Outros vocábulos constituíram-se para corresponder aos vários aspectos da obra de assistência: *ptochodochium/ptochotrophium*, asilo para os pobres; *poedotrophium*, asilo para as crianças; *orphanotrophium*, orfanato; *gynetrophium*, hospital para mulheres; *zenodochium/xenotrophium*, refúgio para viajantes e estrangeiros; *gerontokomium*, asilo para velhos; e *arginaria*, para os incuráveis. (CAMPOS, 1944, p. 9)

Ainda conforme Campos (1944, p. 7),

O hospital oriundo de épocas remotas, anteriores ao cristianismo, e desenvolvido por iniciativa de organizações religiosas, converteu-se em instituição social como obrigação do Estado que passou a fundá-los e mantê-los quando se estabeleceu a transformação política democrática. Com o advento da nova ordem começou a administração pública a tomar a seu cargo a assistência médica, em estabelecimentos hospitalares de frequência gratuita. A assistência privada não desapareceu, antes acompanhou o desenvolvimento da obra dos governos que, reconhecendo-lhes os méritos, entrou a auxiliá-la por meio de subvenções e regalias. (CAMPOS, 1944, p. 7)

Nas décadas posteriores, o hospital foi ocupando um espaço importante na assistência à saúde das civilizações e acompanhou crises e movimento políticos que passaram a suceder o progresso e o desenvolvimento social.

Com o advento da medicina científica, no século XIX, iniciou-se o processo de transformação do sujeito em paciente, tendo o hospital como o local que contribuía para a neutralização das perturbações externas, de modo que a configuração ideal da doença aparecesse aos olhos do médico, em relação ao abismo que se instaurava entre eles. Assim, um dos destinos da manifestação do sofrimento, a partir do século XIX, foi o hospital, que surgiu como um espaço de consolidação da identidade de doente, de assistência, de segregação e de exclusão (BRASIL, 2012, p. 12).

No Brasil, ao longo das décadas, o modelo de hospital foi aperfeiçoado, acompanhando as mudanças da sociedade e, em particular, da legislação de saúde. A

Constituição Federal, de 1988, trouxe significativas mudanças no modo de produzir o cuidado em saúde e o papel do hospital nesse contexto. Na seção II, intitulada “Da saúde”, e no artigo n. 196, lê-se que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

Apesar de todas as mudanças e conquistas na área da saúde, garantidas pela Constituição Federal, não houve uma mobilização dos governos pós-constituição no sentido de pautar a necessidade de uma política nacional de atenção hospitalar no Brasil que previsse diretrizes, elementos, caracterização, reforma e apontamentos de modelos de atenção, institucionalizando o papel do hospital no SUS.

Os normativos publicados pelo Ministério da Saúde que apontam melhorias no âmbito da atenção hospitalar se deram por meio de decretos e portarias que criam incentivos, aprovam modelos de hospitais – a exemplo do Hospital Dia, institucionalizado por meio da portaria ministerial MS/GM n. 44, de 10 de janeiro de 2011 – e estimulam novos programas, porém de forma ainda fragmentada.

Foi apenas em novembro de 2012, após negociações intensas na Câmara Técnica de Atenção à Saúde da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que teve início a discussão de uma minuta de portaria sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no Brasil. Esse documento esteve na consulta pública n. 19 e tornou-se a portaria ministerial nº 3.410, de um ano depois, datada de 30 de dezembro de 2013. Ele define hospitais como

[...] instituições complexas, com alta densidade tecnológica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, vinculados a uma população de referência com base territorial, responsáveis pela assistência aos usuários de perfil agudo ou crônico, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo assistência contínua em regime de internação, por meio de ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, 2013, p. 02)

A PNHOSP tem como objetivo geral estabelecer as diretrizes e normas para a organização do modelo da Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS). No seu artigo 7º apresenta seis eixos estruturantes, são eles: assistência hospitalar; gestão hospitalar; formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho; financiamento; contratualização; responsabilidades das esferas de gestão.

## **2.2 A organização dos serviços de urgências e emergências hospitalares no SUS: desafio de atuação do pronto-socorro em rede**

Vê-se no *Caderno de atenção domiciliar*, de responsabilidade do Departamento de Atenção Básica, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, que

O aumento da expectativa de vida ao nascer (80 anos até o ano 2025) e melhoria nas condições de vida (saneamento, educação, moradia, saúde), além da queda nas taxas de natalidade (transição demográfica), têm provocado mudanças nas necessidades de saúde, ampliando, conseqüentemente, os problemas sociais e os desafios no desenvolvimento de políticas públicas de saúde adequadas. (BRASIL, 2012, p. 3)

O modelo de atenção à saúde vigente, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010). Nesse sentido, embora sejam reconhecidos os avanços do SUS, enquanto inovação institucional no campo das políticas sociais (MAIO; LIMA, 2009, p. 1611), ao longo dos seus 25 anos, um dos grandes desafios para sua consolidação tem sido o modelo de atenção e gestão fragmentado e não coincidente com as necessidades de saúde geradas pela transição sociodemográfica e epidemiológica.

Com relação à atenção às urgências, objeto deste estudo, deve-se dizer que ela

[...] é afetada por deficiências estruturais do sistema de saúde, como: dificuldades de acesso em vários níveis de atenção, insuficiência de leitos especializados, incipiência dos mecanismos de referência e inadequação na formação dos profissionais de saúde. Ainda assim, somente no começo dos anos 2000 o Ministério da Saúde iniciou a estruturação de uma política articulada para a área. (MACHADO; et al, 2011, p. 521)

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, 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”. Já a emergência é definida 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” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

A superlotação nas emergências aumenta o risco de mortalidade para os casos atendidos com atraso e causa descontentamento para os demandantes, independente da

gravidade do caso. Outra consequência disso é a flexibilização nos padrões de cuidado e da ética dos profissionais de saúde que atuam na urgência (O'DWYER, 2010, p. 2396).

Logo, o enfrentamento das situações de urgências e emergências e suas causas requerem não apenas a assistência imediata, mas incluem ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, o tratamento contínuo das doenças crônicas, reabilitação e cuidados paliativos.

Nesse sentido, no âmbito do sistema de saúde, os serviços de urgência e emergência possuem peculiaridades e especificidades que têm sido objeto de estudo em todo o mundo, com enfoque especial nas questões relativas ao aumento da demanda e da utilização desse nível de atenção, tanto em serviços privados quanto públicos. Isso evidencia problemas relacionados à infraestrutura, à organização de serviços, à qualidade da assistência, à quantidade e especificidade dos atendimentos realizados e suas principais consequências sociais (LOVALHO apud COELHO; CHAVES; ANSEMI; HAYASHIDA; SANTOS, 2010, p. 01).

A efetividade das urgências e emergências depende da superação de um modelo centrado na fragmentação das ações de saúde, em que o hospital não discute o papel da atenção básica e as ações de saúde não ordenam o cuidado para o hospital. Superar essa lógica e passar a atuar em rede é fundamental para produzir um sistema dinâmico e resolutivo.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Para organizar uma rede no Brasil, que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência é necessário considerar o perfil epidemiológico, em que se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, as principais cargas de morbimortalidade no país por faixa etária, conforme figura 1 (SVS/MS, 2010):

Figura 1 – Principais cargas de morbimortalidade no país por faixa etária

		Faixa etária (anos)									Total
		<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	
1ª	Afecções Perinatais 25.637	Causas Externas 1.578	Causas Externas 1.528	Causas Externas 2.431	Causas Externas 13.595	Causas Externas 37.306	Causas Externas 24.057	DAC 20.641	DAC 40.436	DAC 241.607	DAC 314.506
2ª	Anomalia Congênita 7.973	DAR 1.162	Neoplasia 669	Neoplasia 681	Neoplasia 899	DIP 2.822	DAC 7.016	Causas Externas 17.816	Neoplasia 30.047	Neoplasia 108.857	Neoplasia 166.317
3ª	DAR 2.363	DIP 1.003	Sistema Nervoso 436	Sistema Nervoso 483	DAC 659	Neoplasia 2.665	DIP 5.832	Neoplasia 15.924	Causas Externas 11.865	DAR 81.926	Causas Externas 133.644

DAC-Doenças do Aparelho Circulatório

DAR-Doenças do Aparelho Respiratório

DIP-Doenças Infecciosas e Parasitárias

Fonte: SIM/SVS/MS, 2010.

Como se pode observar, as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) estão evidenciadas na tabela acima com a maior carga de morbimortalidade para a população com faixa etária de 40 a 60 anos ou mais. Entre as doenças mais comuns estão o Infarto Agudo de Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Concorrem com as DAC as Causas Externas que acompanham todo o ciclo da vida, com destaque para o período infanto-juvenil e adulto-jovem, que prevalecem no topo.

Para a consecução das diversas ações necessárias ao atendimento das situações de urgência e emergência é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências são: Atenção Básica (Sala de Observação); Atenção Domiciliar; Atenção Hospitalar; Força-Nacional do SUS; Sala de Estabilização; Serviço de Atenção Móvel às Urgências; SOS Emergências; Unidade de Pronto Atendimento 24h; Promoção e Prevenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Muito mais do que a ampliação da rede de serviço, é necessário reordenar a atenção à saúde coordenada pela atenção básica, de forma qualificada e resolutiva. O desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos pode diminuir a demanda de atendimentos de pacientes graves nos serviços de urgência e emergência e, dessa forma, a redução dos índices de internação hospitalar.

Segundo estudos de Margarita Alonso Fernandez (1993),

A utilização dos Serviços Hospitalares de Urgências (SUH) tem aumentado nos últimos anos em todos os países desenvolvidos. No entanto, há uma grande discrepância entre o uso por parte do paciente e aquele considerado pelos profissionais de saúde como necessário, pois estes afirmam que muita demanda está

associada a “patologia banal” que não passou pelo filtro das equipes de atenção primária. (FERNANDEZ; et al, 1993, p. 39-40).

O atendimento às urgências e emergências, particularmente, deve ser planejado, programado e operacionalizado para atender os princípios do SUS. Porém, em virtude de deficiências no sistema local de saúde, esses serviços acabam constituindo-se em porta de entrada dos hospitais, representando, para o usuário, a possibilidade de acesso à atenção de maior complexidade e resolubilidade (COELHO, 2010, p. 01).

A demanda por atendimento em unidades de emergência, além de excessiva, não se esgota no que se considera uma necessidade de saúde. Ela é caracterizada, muitas vezes, por pacientes que buscam no atendimento de saúde a resolução para os mais diversos problemas sociais que enfrentam no seu dia a dia (MELO; et al apud GARLET; LIMA; et al 2009, p. 17).

Os critérios para qualificação das portas de entrada hospitalares de urgência e emergência dispostos na portaria ministerial nº 2.395/2011 apontam estratégias para a superação da superlotação das emergências e melhorias na prestação de cuidados, tendo como base orientadora a Política Nacional de Humanização e disponibilização de recursos financeiros para o alcance destas melhorias (BRASIL, 2011). Os critérios são estes:

- I – estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e de procedimentos administrativos no hospital;
- II – implantação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato;
- III – articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;
- IV – submissão da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência à Central Regional de Regulação de Urgência, à qual caberá coordenar os fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;
- V – equipe multiprofissional compatível com o porte da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência;
- VI – organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;
- VII – implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à: a) qualificação do cuidado; b) eficiência de leitos; c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho; d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
- VIII – garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional;
- IX – garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; e,

X – realização do contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência. (BRASIL, 2011)

A análise de dimensões do trabalho em saúde nos diversos serviços aponta para reflexões que revelam vários modos de produção de cuidado, de percepção dos trabalhadores acerca das normas prescritas e, ainda, da relação que esses estabelecem com gestores e usuários. Logo, o cumprimento de critérios para qualificação do trabalho produzido nos prontos-socorros dos hospitais está diretamente ligado à dimensão de compreensão que se estabelece entre esses vários fatores e a norma no sentido de redirecionar processos que atribuam “valor” para o trabalho produzido.

Conforme afirma Maristela Botelho França e Hélder Pordeus Muniz,

Na análise do trabalho, é preciso, portanto, precaução com a produção de conceitos: é preciso cuidado para não se cair na naturalização mecanicista dos fenômenos, para não desconhecer o conceito em sua dinâmica de possibilidades de valor e para não ceder às pressões no sentido de categorizar situações de maneira a dar respaldo às decisões unilaterais. Políticas são elaboradas para regular situações na base de palavras de ordem. (FRANÇA; MUNIZ, 2011, p. 206)

Um pouco mais adiante os autores reforçam que

A atividade de trabalho envolve sempre um debate de normas já que, para fazer face ao vazio de normas ou ao inusitado das situações, deve-se criar novas formas de trabalhar. Nesse sentido, há escolhas muitas vezes radicais: ou você faz de uma maneira ou não faz. Assim, a eficácia não é neutra, mas construída a partir desse debate de normas, dessas escolhas que têm grande consequência na vida no trabalho. (FRANÇA; MUNIZ, 2011, p. 210)

Esta atividade “é sempre uma dramática do uso de si”. Nessa dialética de uso de si, o trabalhador faz uso de si mesmo em função do que os outros lhe demandam e do que ele próprio se demanda, e faz uso dos demais. Esse jogo expressa o coletivo de trabalho. (SCHERER; PIRES, 2009, p. 722). Ainda conforme Scherer, vê-se que é

[...] problemático estabelecer quais as competências apropriadas para o trabalho, a exemplo da área da saúde, em que o objeto é de grande complexidade e as situações de trabalho são difíceis de padronizar. Isso ocorre, em grande parte, porque o processo de cuidar envolve um encontro sempre singular entre sujeitos (SCHERER; PIRES, 2009, p. 722)

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

O objetivo geral deste trabalho foi analisar a inserção do Hospital de Base na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Como objetivos específicos procurou-se, neste trabalho:

- ✓ caracterizar o Hospital de Base no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal;
- ✓ caracterizar a porta de entrada hospitalar de urgência e emergência no HBDF;
- ✓ descrever o processo de aplicação dos critérios de qualificação do componente atenção hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências à luz das diretrizes estabelecidas na Portaria Ministerial nº 2.395/2011 no HBDF.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

*Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais. (Duarte, 2002, p. 139)*

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Neste tipo de estudo, conforme Piovesan e Temporini (1995, p. 320), “A pesquisa exploratória, apóia-se em determinados princípios bastante difundidos: 1) a aprendizagem melhor se realiza quando parte do conhecido; 2) deve-se buscar sempre ampliar o conhecimento e 3) esperar respostas racionais pressupõe formulação de perguntas também racionais”.

A Unidade de Análise é o serviço de pronto-socorro, Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal.

### 4.2 Local e participantes da pesquisa

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital de Base de Brasília, nos meses de julho e agosto de 2014, tendo como cenário principal a porta de entrada de urgência e emergência deste hospital, mais especificamente o Centro de Trauma, responsável por recepcionar pacientes graves acometidos por lesões de trauma.

Os participantes foram gestores e profissionais de saúde com escolaridade em ensino superior e médio (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), que atuam diretamente no primeiro atendimento ao paciente grave vítima de trauma. Foram incluídos no estudo, segundo critérios de conveniência: 1) responsáveis pela tomada de decisão de incorporar o hospital como porta de entrada hospitalar de urgência e emergência da RUE no DF e pela coordenação e operacionalização da RUE na instituição; 2) profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente grave e que, nesse caso, aplicam os critérios que serão estudados; 3) profissionais responsáveis pela assistência médica e de enfermagem no pronto-socorro; 4) profissionais que tenham experiência de atuação ou formação na área.

Foram excluídos na pesquisa os demais profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional do serviço do pronto-socorro, mas que não manejam diretamente os paciente graves, na porta de entrada hospitalar de urgências e emergências.

Na amostra estudada, participaram 10 (dez) profissionais de saúde que manejam diretamente o cuidado aos pacientes graves que chegam ao pronto-socorro, Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal. Desses, 3 (três) médicos, 4 (quatro) enfermeiras e 3 (três) técnicos de enfermagem compõe os participantes trabalhadores de saúde e 3 (três) gestores do pronto-socorro do hospital, responsáveis pelo gerenciamento das equipes e coordenação geral do serviço de pronto-socorro.

O questionário aplicado junto aos profissionais de saúde incluiu a participação de 3 (três) médicos, 4 (quatro) enfermeiros e 3 (três) técnicos de enfermagem, com idade de 25 a 48 anos. Quanto à escolaridade, 5 (cinco) desses informaram ter ensino superior completo, 4 (quatro) informaram ser pós-graduados e apenas 1 (um) informou ter cursado apenas o ensino médio. O tipo de vínculo dos participantes da pesquisa foi de 8 (oito) concursados e 2 (dois) contratados. Dos 10 (dez) participantes, 7 (sete) informaram que realizam cursos de aperfeiçoamento na área de atuação.

O questionário aplicado juntos aos gestores de saúde do serviço de pronto-socorro do hospital incluiu 2 (dois) médicos e 1 (um) enfermeiro, com idade de 33 a 42 anos, todos pós-graduados e concursados.

### **4.3 Procedimentos para coleta de dados**

O primeiro contato da pesquisadora com o campo de pesquisa e com os sujeitos participantes teve por objetivo apresentar o projeto de pesquisa, bem como pactuar o cronograma de entrada em campo. Foi entregue um resumo da pesquisa com o intuito de propor esclarecimentos e maior conhecimento acerca do estudo.

A coleta de dados se deu por meio de busca de dados secundários e aplicação de questionários.

Nos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde e nas bases de dados do hospital foram coletados dados para a caracterização do HBDF no SUS e da organização e funcionamento do serviço de pronto socorro desse hospital (Apêndice A).

Após coleta dos dados secundários aplicou-se questionários semiestruturados, direcionado aos gestores/coordenadores do Serviço de Pronto-Socorro, Centro de Trauma, do hospital. Esse instrumento de pesquisa foi construído pela pesquisadora e seus eixos de questionamento foram:

- a) Perfil do gestor/coordenador do Hospital de Base do Distrito Federal;
- b) Conhecimento acerca da inserção do Hospital de Base do Distrito Federal na Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- c) Organização do Serviço de Pronto-Socorro, Centro de Trauma, do hospital;
- d) Planejamento e Avaliação do Serviço de Pronto-Socorro, Centro de Trauma, do hospital.

O questionário 1 foi aplicado aos gestores do HBDF selecionados e teve por objetivo analisar a percepção destes sobre o processo de incorporação do HBDF no momento de implantação da RUE, cujo conteúdo versa sobre a necessidade de compreender o ponto de vista da gestão sobre o processo (Apêndice B).

Em seguida aplicou-se questionário direcionado aos trabalhadores de saúde, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem participantes da pesquisa que atuam no Serviço de Pronto-Socorro, Centro de Trauma, do hospital, tendo como eixos:

- a) Perfil do profissional de saúde que atua no Serviço de Pronto-Socorro, Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal;
- b) Conhecimento acerca da inserção do Hospital de Base do Distrito Federal na Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- c) Organização do Serviço de Pronto-Socorro, Centro de Trauma, do hospital;
- d) Descrição dos parâmetros estabelecidos pela portaria ministerial n.2.395/2011 relativos à qualificação da atenção hospitalar – porta de entrada hospitalar de urgência e emergência/pronto-socorro;

O questionário 2 foi aplicado aos trabalhadores de saúde do HBDF (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem selecionados) e teve por objetivo analisar a percepção desses trabalhadores de saúde que atuam na prestação de assistência imediata aos pacientes graves, na porta de entrada de urgência e emergência do hospital, e a relação do trabalho que produzem nesse setor com o processo de incorporação do hospital na RUE, a partir dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Apêndice C).

Os questionários foram entregues em mãos aos sujeitos da pesquisa e recolhidos até três horas após a entrega pela pesquisadora, permitindo, assim, que os participantes pudessem

se sentir à vontade para refletir sobre o tema e respondê-los. Tentou-se garantir que as questões fossem respondidas com calma e tranquilidade, ou seja, da melhor forma possível, mesmo considerando que os participantes estavam atuando no pronto-socorro no momento em que respondiam as questões e foram interrompidos várias vezes para atuar na atenção às urgências e emergências, que chegavam muito rapidamente ao setor.

#### **4.4 Procedimentos para sistematização e análise de dados**

Utilizou-se a triangulação na coleta e análise dos dados desse estudo. Carlos Eduardo Franco Azevedo, Leonel Oliveira Rafael Gonzales e Márcio Abdalla explicam o uso desse procedimento apoiando-se, para isso, em Flick. Segundo eles,

Estando o pesquisador posicionado em um ponto de vista, ele precisará se posicionar em outros dois pontos de vista, no mínimo, a fim de ajustar a adequada “distância e angulação” dos conceitos. Portanto, os pesquisadores têm a possibilidade de melhorar a precisão de suas avaliações, utilizando metodologias distintas, coletando dados de diferentes formas. (AZEVEDO; OLIVEIRA; ABDALLA, 2013, p. 3)

A transformação dos dados coletados, ainda em seu estado bruto, em resultados de pesquisa envolve a utilização de determinados procedimentos para sistematizar, categorizar e tornar possível sua análise por parte do pesquisador. No caso específico da análise de comunicações, são exigidos mecanismos apropriados para encontrar em dados obtidos por meio de entrevistas, mensagens e documentos em geral, informações que ilustrem, expliquem ou ajudem a revelar os fenômenos investigados. Entre esses mecanismos, inserem-se a análise de conteúdo como proposta teórico-metodológica, com a pretensão de ultrapassarem o status de simples técnicas de análise para comporem um campo do conhecimento. De fato, tanto uma quanto outra são operacionalizadas por meio de técnicas de análise específicas que seguem os princípios teóricos em que se fundamenta cada uma (CAPELLE; MELO; GONÇALES; 2011, p. 2).

Utilizou-se a técnica de análise temática para analisar as informações contidas nos dois questionários do estudo aplicados junto aos gestores e trabalhadores do referido hospital, bem como a triangulação com dados secundários.

Ainda que diferentes autores proponham diversificadas descrições do processo da análise de conteúdo, ela foi constituída de cinco etapas, conforme indicações de Moraes):

- 1 – Preparação das informações;
- 2 – Unitarização ou transformação do conteúdo em unidades;
- 3 – Categorização ou classificação das unidades em categorias;
- 4 – Descrição;
- 5 – Interpretação. (MORAES, 1999, p.12)

#### **4.5 Procedimentos éticos**

Os procedimentos éticos que apoiaram esta pesquisa foram resguardados pela observância das garantias de que os dados serão utilizados apenas para fins científicos, preservando a privacidade e a confidencialidade. A identificação e o uso de imagens somente poderão ser feitas com uma autorização expressa do indivíduo pesquisado.

Os questionários foram codificados para não revelarem a identidade dos sujeitos, conforme preconiza a resolução (CNS 466/12) que regula as pesquisas com seres humanos no Brasil.

A obtenção de consentimento informado de todos os indivíduos participantes da pesquisa é um dever moral do pesquisador, pois representa um meio de garantir a voluntariedade dos participantes, isso é, busca preservar a autonomia de todos os sujeitos.

Os participantes da pesquisa foram convidados e assinaram o TCLE (Apêndice D). O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa, vinculados a UnB e FEPECS (Anexo I).

Nesse sentido, reforça-se que os participantes da pesquisa foram enumerados em códigos para resguardar o anonimato dos mesmos.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão são apresentados de acordo com as dimensões do objeto desta pesquisa: caracterização do Hospital de Base do Distrito Federal (macro-dimensão); caracterização do Serviço de Pronto-Socorro, Centro de Trauma do hospital (meso-dimensão); e, por fim, descrição do processo de aplicação dos critérios de qualificação das portas de entrada hospitalares de urgência e emergência de acordo com a portaria ministerial n.2.395/2011 (micro-dimensão), tendo com principal referencial a percepção dos gestores e trabalhadores do hospital.

### **5.1 O Hospital de Base na Rede de Atenção às Urgências e Emergências**

Em junho de 2014, após mais de um ano de negociações entre Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Distrito Federal, foi pactuado o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal (PAR RUE DF) e contemplada a inclusão do HBDF como maior porta de entrada de urgências e emergências do DF. Esse plano operacional de implantação de alguns serviços de saúde, que dará suporte à implantação da rede, conta com um conjunto de recursos federais repassados ao Governo do Distrito Federal (BRASIL, 2014).

No ano de 2012, antes mesmo da pactuação do PAR RUE DF (BRASIL, 2014) foi repassado ao Fundo de Saúde do Distrito Federal R\$ 3.000.000,00 (três milhões de reais) destinados a melhorias na infraestrutura e aquisição de equipamentos para a porta de entrada hospitalar de urgência e emergência (nova denominação de pronto-socorro), além de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais) de custeio mensal justificado pela inserção no Programa SOS Emergências, que rediscute o papel das grandes portas de entrada hospitalares de urgência e emergência do país. A incorporação desses novos recursos aponta para melhorias na ambiência, aquisição de novos equipamentos, materiais e insumos, além da contratação de novos profissionais. Com isso sugere melhorias também na prestação de cuidados aos usuários do SUS.

No intuito de implementar a RUE no DF foi constituído na SES/DF, mediante Portaria SES/DF nº 68 de 26 de abril de 2012, o Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências e Emergências composto por representantes do Gabinete do Secretário de Estado de Saúde, das Subsecretarias de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle, de Atenção



Pode-se observar que o Hospital de Base do Distrito Federal, objeto deste estudo, está localizado no centro da figura, o que sugere além da localização estratégica para o sistema de saúde, sua importância na recepção de casos graves dos demais serviços de saúde representados na ilustração.

De acordo com as informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, extraídas em junho de 2014 (BRASIL, 2014), o Hospital de Base do Distrito Federal é classificado como hospital especializado tipo II<sup>2</sup> e de ensino, justificado pela obtenção de habilitações como centro de referência de alta complexidade cardiovascular (pediátrica, vascular e intervencionista), nefrologia, neurologia, neurocirurgia, oncologia, AIDS, cuidados prolongados (enfermidades cardiovasculares, pneumológicas, oncológicas, neurológicas e provocadas por causas externas), internação domiciliar, terapia enteral e parenteral, transplantes (córnea, rim e retirada de órgãos e tecidos) e trauma-ortopedia. Essa última refere-se a sua missão mais prioritária e fundamental para a rede de atenção às urgências e emergências, por ser considerado o único estabelecimento para prestação de cuidados nesta área no Distrito Federal e servir de referência para demais municípios da Região Integrada de Desenvolvimento Econômico (RIDE)<sup>3</sup>. É esse, portanto, o cenário do estudo, o serviço de pronto-socorro e Centro de Trauma do hospital.

Conforme dados do governo distrital,

Esta Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno –RIDE/DF foi regulamentada pelo Decreto Nº 2.710, de 04 de agosto de 1998 e alterada pelo Decreto Nº 3.445, de 04 de maio de 2000, para efeitos de articulação da ação administrativa da União, dos Estados de Goiás e de Minas Gerais e do Distrito Federal, sendo constituída pelo Distrito Federal, pelos municípios de Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás e Vila Boa, no Estado de Goiás, e de Unai, Buritis e Cabeceira Grande, no Estado de Minas Gerais. (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2013, p. 23)

---

<sup>2</sup> Hospital Especializado tipo II destinado à prestação de assistência à saúde na modalidade de internação em uma ou mais especialidades, excetuando-se clínica médica e cirurgia geral, dispondo de Serviço de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico (SADT), podendo contar com serviço de Urgência/Emergência, Unidade de Terapia Intensiva, hospital-dia, serviço ambulatorial e outros. O tipo corresponde ao número de habilitações de serviços estratégicos para urgência e emergência no hospital, a exemplo de neurocirurgia, cardiovascular ou traumatologia (BRASIL, 2013, p. 05).

<sup>3</sup> A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF) é uma região integrada de desenvolvimento econômico, criada pela Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, e regulamentada pelo Decreto nº 7.469, de 04 de maio de 2011, para efeitos de articulação da ação administrativa da União, dos Estados de Goiás, Minas Gerais e do Distrito Federal (Fonte: <http://www.sudeco.gov.br/ride-df>).

No que diz respeito à gestão, o HBDF possui gestão estadual, esfera administrativa também estadual e natureza de organização direta. Presta atividades ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade. Possui 855 leitos cadastrados no CNES/DATASUS em junho de 2014, desses, 819 são destinados ao atendimento na modalidade do SUS, o que representa mais de 90% de sua capacidade total. Esses leitos se subdividem em 464 leitos cirúrgicos, 299 clínicos, 29 de terapia intensiva e 56 de pediatria clínica e cirúrgica (BRASIL, 2014).

O serviço HBDF é organizado a partir das seguintes instalações físicas de acordo com os serviços que dispõe, conforme quadros a seguir:

Tabela 2: Instalações físicas do serviço do HBDF, junho de 2014.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTORIOS MEDICOS	15	0
ODONTOLOGIA	1	1
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	4
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	0	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	0	0
SALA DE ATENDIMENTO MASCULINO	0	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	1	0
SALA DE CURATIVO	4	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	3	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	16	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	0
AMBULATORIAL		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS BASICAS	9	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	97	0
ODONTOLOGIA	3	0
SALA DE CURATIVO	4	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	2	0
HOSPITALAR		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
SALA DE CIRURGIA	16	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	4	0
SALA DE RECUPERACAO	1	15
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	0
LEITOS RN NORMAL	0	0
LEITOS RN PATOLOGICO	0	0
SERVIÇOS DE APOIO		
Serviço:	Característica:	
AMBULANCIA	PROPRIO	
BANCO DE LEITE	PROPRIO	
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO	
FARMACIA	PROPRIO	
LACTARIO	PROPRIO	
LAVANDERIA	PROPRIO	
NECROTÉRIO	PROPRIO	
NUTRICAÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO	
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE)	PROPRIO	
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO E TERCEIRIZADO	
SERVIÇO SOCIAL	PROPRIO	

### 5.1.1 PERCEPÇÃO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO AO PROCESSO DE INSERÇÃO DO HOSPITAL DE BASE NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO DISTRITO FEDERAL

O conceito de gestão democrática e participativa está pautado no compartilhamento de decisões de todos que compõem uma determinada instituição. A partir de muitos “olhares”, consegue-se enxergar melhor os problemas, propor soluções e superá-los. Nesse sentido, a participação dos trabalhadores nesse processo é fundamental, considerando que suas opiniões, críticas e sugestões são fruto da ação do “trabalho vivo” e os tornam agentes de mudança direta.

Dos participantes do estudo, todos os profissionais de saúde informaram que desconhecem o processo de inserção do hospital na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal, fato esse que sugere ausência dos trabalhadores de saúde nos processos decisórios da gestão. Apesar de informarem o desconhecimento do processo, quando questionados quanto à importância da sua participação, os entrevistados responderam de forma positiva, conforme falas apresentadas a seguir:

*Estar informado das decisões da gestão e rotinas [que] estão em processo de implantação.* (Profissional de saúde 4)

*Quem trabalha na ponta problematiza melhor.* (Profissional de saúde 5)

*[...] o P.S. [pronto-socorro] será o primeiro atendimento.* (Profissional de saúde 8)

Nesse sentido, como aponta Mendes,

A centralidade do componente da ação humana em todo o processo do cuidado à saúde tem como consequência a importância do trabalho dos profissionais na qualidade da prestação de serviços. Sendo assim, as condições oferecidas para o desenvolvimento do trabalho, a motivação dos profissionais de saúde e suas inter-relações devem contribuir de forma significativa para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. (MENDES, 2013, p. 162)

Para Melo, Assunção e Ferreira (2007, p. 3008-3009), em estudo feito com pediatras que atendem nas urgências, pode-se concluir que

Uma estratégia de gestão dos sistemas de saúde centrada nas dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em saúde pode abrir vias para a elaboração de políticas menos superficiais, visando garantir o acesso e a qualidade dos serviços. Sob esse prisma, os resultados sugerem incorporar parâmetros como a subjetividade na administração dos recursos humanos dos sistemas de saúde, visto que, no desenvolvimento do trabalho, a dimensão técnica de como e por que fazer articula-se a componentes subjetivos de percepção, afeto e esforço em contornar as dificuldades

determinadas por fatores extrínsecos à atividade. (MELO; ASSUNÇÃO; FERREIRA, 2007, p. 3008-3009)

Um aspecto observado quando questionamos a não inclusão dos trabalhadores nos processos decisórios vem a partir da própria publicação da norma. A portaria ministerial nº 1.600/2011, que trata da reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, traz, em um dos seus parágrafos introdutórios, a seguinte premissa:

Considerando que será necessária a decisão política do conjunto dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para estímulo à organização e à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão e governança do sistema para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança. (BRASIL, 2011)

Porém, como se pode observar, não cita a importância de inclusão dos profissionais de saúde nesta agenda.

No que diz respeito aos gestores de saúde participantes da pesquisa, apenas um deles informou que não participou do processo de inserção do Hospital de Base na Rede de Atenção às Urgências do Distrito Federal. Todos os participantes informaram que consideram sua participação importante no processo, conforme apontam as justificativas a seguir:

*A gestão imediata incentiva servidores e traça metas.* (Gestora de saúde 1)  
*Todos os servidores do pronto-socorro foram orientados da importância da RUE.*  
(Gestora de saúde 2)  
*Liderança.* (Gestor de saúde 3)

Uma das falas aponta certa contradição com relação às falas dos profissionais de saúde, pois o gestor de saúde informa que “os servidores do pronto-socorro foram orientados da importância da RUE”, enquanto todos os profissionais de saúde que participaram do estudo informam desconhecer o processo. Esse fato torna evidente a contradição.

### 5.1.2 ENTRAVES E DESAFIOS DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA RUE DF NA ÓTICA DOS GESTORES E TRABALHADORES DO HOSPITAL

Os participantes do estudo atribuem como entraves ao processo de implantação da rede os seguintes problemas: rotatividade e centralidade hierárquica das decisões na gestão provocadas pelas mudanças políticas; pouco interesse e envolvimento dos gestores e

profissionais de saúde; demanda de usuários acima do esperado; problemas na efetivação da referência e contrarreferência entre os serviços. Conforme falas a seguir:

[Falta de] *interesse dos profissionais e [problemas gerados pela rotatividade e centralidade hierárquica das decisões na gestão] questões políticas.* (Profissional de saúde 1)

*O inchaço do entorno [R.I.D.E.] nos hospitais do DF.* (Profissional de saúde 5)

[Pouco] *envolvimento dos profissionais.* (Profissional de saúde 6)

*Falta de comprometimento dos governantes, desvios de verbas, etc.* (Profissional de saúde 8)

*Superlotação e falta de preparo dos profissionais.* (Gestor de saúde 1)

[Problemas na efetivação da] *referência e contrarreferência.* (Gestor de saúde 2)

*Todos os [problemas] do SUS.* (Gestor de saúde 3)

Maria V. Cavalcante Guedes, Ana Ciléia P. T. Henriques e Morgama M. N. Lima apontam, baseando-se em Andrade, apontam que as

Mudanças na lógica de atendimento dos serviços para melhorar a qualidade da assistência prestada são cada vez mais necessárias, especialmente nos serviços de urgência e emergência, cujas especificidades induzem os trabalhadores a se posicionar de maneira impessoal, com dificuldade de atuação de forma humanizada, em virtude de deficiências estruturais do sistema de saúde como um todo, alta demanda de atendimento, fragmentação do cuidado e ausência de filosofia de trabalho voltada para a humanização da assistência à saúde. Essa é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro que emerge da realidade em que usuários dos serviços de saúde queixam-se da qualidade do atendimento [...]. (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013, p. 32)

Quanto aos desafios que o processo de implantação da rede de atenção às urgências e emergências traz, surge um conjunto de significados no que diz respeito ao desejo de que esta agenda se efetive no DF, segundo os participantes do estudo:

- a. Sensibilização dos profissionais de saúde, provocando maior envolvimento e protagonismo;
- b. Capacitação dos trabalhadores da urgência;
- c. Maiores investimentos (infraestrutura, aquisição de equipamentos), incluindo contratação de trabalhadores e melhores salários;
- d. Superação de problemas políticos (rotatividade, verticalização, autocracia);
- e. Melhorias na rede de atenção à saúde, principalmente na comunicação entre os serviços de saúde a partir de pacto estabelecido entre os gestores que apontem para fluxos assistenciais bem definidos, bem como, qualificação no pronto-socorro no momento em que se recebe um usuário.

A seguir, alguns relatos que confirmam o que foi descrito acima:

*Mudança de pensamento dos profissionais; qualificação dos profissionais; maior investimento; melhores salários.* (Profissional de saúde 1)

*Uma triagem melhor na porta [pronto-socorro] do HBDF.* (Profissional de saúde 2)

*Maior resolutividade das regionais [de saúde]. (Profissional de saúde 3)*  
*As regionais têm que funcionar. O HBDF é um hospital terciário [não deve receber pacientes que exijam cuidados primários ou secundários]. (Profissional de saúde 5)*  
*Após triagem, melhor remanejamento dos casos “verde” e “azuis” [sinalização do protocolo de Manchester que se refere aos casos não graves e que deveriam ser resolvidos no âmbito da atenção básica ou ambulatorial especializada] para outro serviço. (Profissional de saúde 6)*  
*Mais profissionais e melhores salários. (Profissional de saúde 10)*  
*Definir rotinas, orientar usuários e servidores. (Gestor de saúde 1)*  
*[O serviço de pronto-socorro tem o] papel desencadeador e catalisador dos problemas. (Gestor de saúde 2)*

Observa-se um sentimento completamente diferente entre gestores e trabalhadores de saúde do pronto-socorro com relação ao seu papel na concretização de mudanças, pois os apontamentos dos profissionais de saúde são mais gerais e mais passivos quanto ao processo de mudança. Já os gestores de saúde assumem nas suas falas ações muito mais gerenciais e se colocam mais ativamente como responsáveis por desencadear mudança.

Para Sá, Carreteiro e Fernandes (2008, p. 1336),

Trabalhar na Porta de Entrada de um hospital público de emergência é ser interpelado por uma demanda a qual dificilmente se poderá responder. Esta, além do excessivo volume, não se esgota no que, *stricto sensu*, se considera um problema de saúde e em muito ultrapassa o que os serviços de saúde estão geralmente organizados para reconhecer e intervir. [...] [A] frase, muito repetida pelos profissionais, “Tudo bate na Porta de Entrada”, além de remeter aos problemas produzidos na própria dinâmica interna do hospital, indica, principalmente, a enormidade e a diversidade da demanda que ali chega. (SÁ; CARRETEIRO; FERNANDES, 2008, p. 1336)

Estudo realizado para conhecer os sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro infantil diante de situações de trabalho no município de Recife-PE, em 2013, apontou que

Ao traçar uma aproximação ao dia-a-dia dos hospitais de pronto-socorro infantil é possível encontrar um trabalho que entrelaça a responsabilidade com pacientes graves e seus familiares, a grande demanda, a insuficiência de recursos materiais e humanos, os baixos salários, os múltiplos empregos e conseqüente cansaço, motivando uma contínua tensão emocional. Nesse contexto, manifestam-se sentimentos (aspirações dirigidas à satisfação das necessidades) e desejos (percepções das possibilidades de satisfazer essas necessidades) que não expressam exclusivamente uma necessidade particular, visto que podem ser compartilhados por outros membros das equipes. (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2005, p. 320)

## 5.2 Caracterização do Serviço de Pronto-Socorro – Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal

O serviço de pronto-socorro é organizado a partir das suas instalações físicas e equipamentos, conforme as tabelas a seguir:

Tabela 3: Instalações físicas do serviço de pronto-socorro do HBDF, junho de 2014.

<b>Instalação:</b>	<b>Qtde./Consultório:</b>	<b>Leitos/Equipos:</b>
CONSULTORIOS MEDICOS	15	0
ODONTOLOGIA	1	1
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/GRAVE	1	4
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	0	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	0	0
SALA DE ATENDIMENTO MASCULINO	0	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	1	0
SALA DE CURATIVO	4	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	3	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	16	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	0

Fonte: CNES/DATASUS, junho de 2014.

Tabela 4: Equipamentos para manutenção da vida no serviço de pronto-socorro do HBDF, junho de 2014.

<b>Equipamento:</b>	<b>Existente:</b>	<b>Em Uso:</b>	<b>SUS:</b>
BERÇO AQUECIDO	15	15	SIM
BOMBA DE INFUSAO	5	5	SIM
DEFIBRILADOR	21	21	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	2	2	SIM
INCUBADORA	21	21	SIM
MARCAPASSO TEMPORARIO	2	2	SIM
MONITOR DE ECG	24	24	SIM
MONITOR DE PRESSAO INVASIVO	7	7	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	7	7	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	18	18	SIM

Fonte: CNES/DATASUS, junho de 2014.

A caracterização do serviço de pronto-socorro do Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal, discutido a partir da percepção dos trabalhadores e explícito nos questionários, aponta para oito participantes do estudo associando o serviço do P.S. a

problemas de infraestrutura (faltam medicamentos, insumos, espaço físico), ao difícil relacionamento entre os profissionais de saúde e à alta demanda de pacientes, que reverbera conseqüentemente na discussão de rede de cuidados incipiente, conforme relatos a seguir:

*O pronto-socorro do HBDF é ímpar por se tratar de um hospital terciário, logo tendo como função a realização de diagnóstico, exames e tratamentos de alta complexidade. Dessa forma o paciente do pronto-socorro é em geral de alta complexidade se tratando de doentes graves que exigem profissionais treinados e qualificados. Por ser referência em trauma essa complexidade do pronto-socorro apenas aumenta. As principais dificuldades são: a presença dos profissionais antigos pouco ativos e não abertos a mudanças e melhorias; dificuldade no acesso de medicamentos e exames de baixo custo; complexidade política em que o hospital está inserido, além da alta demanda. Outro problema é a vazão [saída] dos pacientes após os cuidados. (Profissional de saúde 1)*

*Nem todas as equipes trabalham em harmonia [se referindo a possíveis problemas entre as equipes do pronto-socorro]. (Profissional de saúde 2)*

*Dificuldade: falta de material e insumo. (Profissional de saúde 3)*

*Dificuldades: equipe rotativa demais; plantões com equipe deficiente poucos funcionários; chefia pouco “capacitada”; número excessivo de pacientes, que ficam “internados” nas salas de entrada do serviço esperando vagas em UTI por exemplo; chefia pouco integrada com as equipes de entrada. (Profissional de saúde 7).*

*Dificuldades: falta de material, de equipamentos, mínima estrutura. (Profissional de saúde 8)*

Nesse sentido, conforme apontam Souza, Silva e Nori, com base nos escritos de Galotti,

Os serviços de emergência possuem como características inerentes o acesso irrestrito; o número excessivo de pacientes; a extrema diversidade na gravidade no quadro inicial, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis; a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de enfermagem; o número insuficiente de médicos; o predomínio de jovens profissionais; a fadiga; a supervisão inadequada; a descontinuidade do cuidado e a falta de valorização dos profissionais envolvidos. (SOUZA; SILVA; NORI, 2007, p. 243)

Logo, todas as dificuldades citadas acima pelos trabalhadores, são características não só do hospital estudado, mas da maioria dos serviços que prestam atenção de urgência e emergência hospitalares no país.

Luciana S. Dubeux, Eduardo Freese, e Eronildo Felisberto apoiam-se em S. M. F. Teixeira para afirmarem que

A conformação de redes de saúde de urgência e emergência pode estar relacionada à oferta de serviços articulados em diversos níveis de complexidade assistencial e tecnológica, composta por sistemas de informação interligados e por diversas esferas gestoras, com garantia de transferência de recursos financeiros. No entanto, a institucionalização dessas redes deverá estar condicionada à interdependência dos

atores e organizações que a compõem, com o intuito de evidenciar potencialidades e competências destes. (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013, p. 346)

No Brasil, parte expressiva da população busca consultas nos prontos-socorros dos hospitais, apesar da ampliação da oferta de serviços de atenção básica desde 1990. Assim, os hospitais ainda são importante porta de entrada para a assistência médica, o que pode se relacionar às dificuldades no acesso oportuno a serviços básicos, especializados e de apoio diagnóstico. Ademais, o sentido de urgência para o paciente pode não ser o mesmo para profissionais de saúde (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011, p. 520).

De modo geral, a organização dos serviços de urgência e emergência se dá no território mediante definições desordenadas de necessidade, sem observar critérios assistenciais recomendados para cada tipologia de serviços ou mesmo a definição de requisitos importantes como tempo-resposta de uma unidade pré-hospitalar de urgência e emergência, por exemplo, para a porta de entrada hospitalar de urgência e emergência de referência, prejudicando, conseqüente, a definição de uma melhor alternativa na prestação de cuidados complexos, sejam esses um trauma com fratura exposta, um acidente vascular cerebral ou um infarto agudo do miocárdio.

Nas urgências e emergências o tempo oportuno é um quesito fundamental para salvar vidas. Assim, o georreferenciamento de serviços, a definição de grades de referência, entre elas a ampliação de novos serviços em locais onde prevalecem vazios assistenciais, configuram-se como grandes desafios na implementação da rede (BRASIL, 2011).

Quanto ao planejamento e à avaliação da gestão no serviço de pronto-socorro do hospital estudado, dois gestores informaram que realizam planejamento de ações e um informou que não, o que demonstra certa contradição entre os gestores participantes da pesquisa quanto às ações de planejamento e avaliação desenvolvidas. Dois deles também responderam que não utilizam indicadores e metas e apenas um disse que sim, conforme relatos a seguir: *Não. Só metas. São totalmente pactuado pelas equipes* (Gestor de saúde 2). *Sim. Vários indicadores* (Gestor de saúde 3).

Segundo informações dos gestores de saúde participantes do estudo, o serviço de pronto-socorro do hospital faz levantamentos diários de atendimentos e, segundo eles, a oferta não é compatível com a demanda. Com relação às características da demanda, os gestores fazem os seguintes apontamentos:

*Alta taxa de internação na Unidade de Neurocirurgia, pois somos a única referência na região.* (Gestor de saúde 1)

*“Urgência (trauma, IAM [infarto agudo do miocárdio] e AVC [acidente vascular cerebral] e geralmente não referenciados. (Gestor de saúde 2)  
Complexa e variável. (Gestor de saúde 3)*

A demanda de atendimento hospitalar de urgência e emergência no Brasil tem assumido um crescente de incompatibilidade entre oferta e demanda. Oferta embute a ideia de garantia de recursos humanos, equipamentos e infraestrutura que suporte o movimento dinâmico da demanda. No caso estudado, o fato de ser o único hospital terciário para um conjunto de municípios de outros estados, torna a situação ainda mais difícil. No Brasil foram produzidas no ano de 2013 8.800.019 internações com caráter de urgência para o local de internação, uma média de 733.340 internações/mês (BRASIL, 2014).

### 5.2.1 O “OLHAR” DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PRONTO-SOCORRO SOBRE SUAS CONTRIBUIÇÕES NO PROTAGONISMO PARA EFETIVAÇÃO DA RUE

Quando questionados quanto às possibilidades de contribuição dos trabalhadores do serviço de pronto-socorro do hospital no tocante à efetivação da RUE e superação de problemas, os profissionais de saúde do pronto-socorro destacaram:

*Fundamental, dele [profissional de saúde] depende o primeiro atendimento, o tempo de diagnóstico e o próprio diagnóstico e o conseqüentemente o tempo de início do tratamento. (Profissional de saúde 1)*

*O trabalhador vivencia os problemas, diferente de quem está de longe, somente na “parte teórica”. (Profissional de saúde 2)*

*O trabalhador tem uma visão prática dos problemas. (Profissional de saúde 3)*

*Primordial. (Profissional de saúde 5)*

*É a base [profissional de saúde], é quem de fato irá colocar em prática, [sua participação é] essencial. (Profissional de saúde 7)*

*Fundamental, pois ele que sabe os problemas a serem resolvidos. (Profissional de saúde 8)*

A fala dos participantes do estudo, trabalhadores da saúde, demonstra unanimidade no sentido de reconhecer a importância de envolver os trabalhadores durante o processo de tomada de decisões, pois se os resultados obtidos não agregam valor para a ação cotidiana de quem opera o trabalho (ou seja, os profissionais de saúde) não impacta em mudanças para quem o consome (o usuário).

As práticas avaliativas têm sido cada vez mais estimuladas ao longo do processo de aprimoramento do sistema de saúde brasileiro, tornando-se gradativamente reconhecidas como uma atividade essencial no contexto de formulação e redirecionamento de programas e políticas de saúde. Desde que concebida em suas

múltiplas dimensões (parceria, participação, negociação, julgamento e produção de conhecimento, entre outras), a avaliação pode e deve ser utilizada como instrumento de poder, em uma perspectiva dialógica em sociedades éticas, com foco na justiça social. (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013, p. 347)

### **5.3 Aplicação dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para qualificação da porta de entrada hospitalar de urgência e emergência**

As respostas dos profissionais de saúde participantes do estudo quanto à aplicação dos critérios estabelecidos através do Ministério da Saúde e por meio da portaria ministerial nº 2.395/2011 foram organizadas conforme roteiro estabelecido na própria norma. Porém nem todos os critérios foram dimensionados neste estudo, considerando se tratar de uma profundidade a ser alcançada em outros estudos.

#### **5.3.1 ESTABELECIMENTO E ADOÇÃO DE PROTOCOLOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, PROTOCOLOS CLÍNICO-ASSISTENCIAIS E DE PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS NO HOSPITAL**

Os participantes foram questionados quanto ao conhecimento e à adoção de protocolos clínicos no serviço de pronto-socorro do hospital e seis deles informaram que “sim”, enquanto os demais quatro informaram que “não”. Podemos sugerir que há uma relação entre os setores do Centro de Trauma ocupados por esses profissionais e o uso de protocolos clínicos como ferramentas importantes na produção do cuidado, pois aqueles que atuam na Sala Vermelha e Amarela (local de recepção direta dos pacientes graves) informaram conhecimento da adoção dos protocolos, enquanto aqueles que atuam na Unidade de Terapia semi-intensiva, que também compõe o setor, informaram desconhecimento.

Foi informado pelos participantes da pesquisa o uso de um conjunto de Protocolos Clínicos: ACLS<sup>4</sup>, ATLS<sup>5</sup>, APH fixo<sup>6</sup>, abdome agudo e trauma e rotinas de enfermagem.

---

<sup>4</sup> ACLS – Curso baseado em ciência e evidências médicas, desenvolvido pela American Heart. (<http://educacao.cardiol.br/cursos/acls.asp>, 2014).

<sup>5</sup> ATLS – Curso destinado à capacitação de trabalhadores médicos e enfermeiros que atuam no manejo direto aos agravos relacionadas ao trauma ([http://www.cets.com.br/cursos\\_atls.php](http://www.cets.com.br/cursos_atls.php), 2014).

<sup>6</sup> APH fixo – Capacitação dos Profissionais de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel - Rede SAMU 192 e Pré Hospitalar Fixo ([http://www.capacitacaosamuhaoc.com.br/samu/login/arquivos/apostila\\_SAMU\\_v4.pdf](http://www.capacitacaosamuhaoc.com.br/samu/login/arquivos/apostila_SAMU_v4.pdf), 2014).

### 5.3.2 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Dos profissionais de saúde que participaram do estudo, nove informaram a respeito da realização de Acolhimento com Classificação de Risco, porém apenas seis deles souberam responder qual profissional de saúde se responsabiliza por essa atividade, qual seja, a equipe de enfermagem.

A humanização dos serviços de saúde é uma política pública que tem entre seus dispositivos o Acolhimento com a Avaliação e Classificação de Riscos que traz no bojo de sua definição uma postura ética, que implica no compartilhamento de saberes e angústias. Toma para si a responsabilidade de acolher o outro em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade. Não deve ser entendido como uma etapa em um processo, e sim, como uma ação que precisa ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. (DEMORI; PIZZOLATO, 2007, p. 08)

### 5.3.3 ARTICULAÇÃO COM O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)

O Serviço de Pronto-Socorro do Hospital de Base, está dividido em três clínicas de atendimento às urgências e emergências: pediatria, cérebro e cardiovascular; e, trauma. Este estudo buscou analisar a porta de entrada hospitalar de urgência e emergência, Centro de Trauma, do hospital, logo, a regulação de urgências tem cogestão direta junto a Coordenação do SAMU da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e conseqüentemente presta continuação de cuidado dos usuários que chegam até o hospital através das Unidades de Suporte Móvel às Urgências, regulados pelas Centrais de Regulação de Urgências, além de efetivar um trabalho com forte comunicação junto ao Corpo de Bombeiros, responsável por resgatar vítimas oriundas de acidentes automobilísticos, atropelamentos e violências.

Por unanimidade, os profissionais de saúde participantes da pesquisa afirmaram sobre o processo de articulação efetivo entre o Serviço de Atenção Móvel às Urgências (SAMU) e o Centro de Trauma do HBDF e identificaram esse processo pelo fato de se tratar de um serviço classificado como parte do SAMU no hospital, conforme registros a seguir:

[Funciona] *principalmente no trauma pelo SAMU e bombeiros.* (Profissional de saúde 1)  
*O SAMU funciona dentro da emergência.* (Profissional de saúde 3)  
*SAMU remove os pacientes para o HBDF.* (Profissional de saúde 4)  
*O SAMU está dentro do HBDF.* (Profissional de saúde 5)  
*SAMU é responsável pela entrada dos pacientes mais críticos.* (Profissional de saúde 6)

Parte dos profissionais de saúde envolvidos no estudo, menos da metade, informou sobre a articulação entre os serviços de urgência pré-hospitalar móvel e hospitalar, mas não discorreram sobre o funcionamento desse processo em suas falas.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) constitui-se no componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente capacitado para a resolução adequada do quadro clínico, ou sua estabilização até que possa ser transferido responsavelmente ao serviço mais capacitado para seu tratamento definitivo. (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2014, p. 71)

#### 5.3.4 MECANISMO DE GESTÃO DA CLÍNICA: REGULAÇÃO DE LEITOS, TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

##### 5.3.4.1 *Regulação de leitos*

Quanto à regulação de leitos internamente no hospital, houve dissenso entre os participantes, pois seis informaram que “sim” e quatro que “não”, fato esse que pode demonstrar fragilidade no processo de regulação intrahospitalar, da porta de entrada para a retaguarda, conforme justificativa a seguir: *Seria necessário outro hospital para atender* (Profissional de saúde 1). [...] *Mas é meio complicado, pois são muitos pacientes* (Profissional de saúde 8).

Baseando-se em afirmações de Magalhães Júnior, Sidney Feitosa Farias (2011) aponta que a

[...] regulação não é sinônimo de gestão, mas um de seus elementos constituintes e uma importante ferramenta para sua operacionalização, tratando a regulação no SUS de duas maneiras, ambas inter-relacionadas à gestão global do sistema: a macrorregulação e a microrregulação. A primeira significaria uma articulação e prática de mecanismos estratégicos de gestão que podem se estabelecer em bases sociais públicas como as defendidas no processo da Reforma Sanitária Brasileira em bases políticas menores, em bases corporativas ou tecnocráticas ou ainda sintonizadas com os interesses privados do mercado; a segunda refere-se a um olhar diretamente para a assistência, com recorte operacional e instrumental. (FARIAS 2011, p. 1045)

Um estudo realizado em hospitais regionais do Pernambuco, em 2012, chama atenção

[...] também para a necessidade da qualificação dos equipamentos de saúde nos três níveis assistenciais e para os mecanismos de regulação, sob o ponto de vista da minimização e organização da demanda à Rede de Atenção à Urgência Hospitalar, quer seja pelos eventos agudos decorrentes de doenças crônicas, quer seja pela resolubilidade de unidades pré-hospitalares. (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013, p. 362-363)

#### 5.3.4.1 Trabalho multiprofissional e a organização das equipes

Todos os profissionais de saúde participantes do estudo informam da existência de equipe multiprofissional atuando no serviço de pronto-socorro, Centro de Trauma do hospital, porém houve discordância quanto à compatibilidade e suficiência destas equipes, pois metade deles informou que as equipes são suficientes e compatíveis e outra metade informou que não, conforme relatos a seguir:

*Não porque nem todos estão preparados e são residentes sem a presença dos STAFFS. (Profissional de saúde 4)*  
*Poucos profissionais. (Profissional de 6)*  
*[Multiprofissional] porém não é compatível. (Respondeu o profissional 9)*

Houve discordância ainda entre os participantes quanto à organização dessas equipes em regime conhecido como “diarista”, uma parte respondeu que “sim” e outra “não”, na mesma proporção.

Apesar de haver recomendação do Ministério da Saúde – através da portaria nº 2.395/2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – sobre a “organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como “diarista”, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe”, estudo realizado em município do Mato Grosso do Sul, no ano de 2012, que pretendeu “identificar a incidência da Síndrome de Burnout (SB) e avaliar sua relação com os aspectos laborais, em profissionais de enfermagem de dois hospitais de médio porte”, apontou que “quanto ao regime de trabalho, os profissionais diaristas apresentaram maior incidência da síndrome (9-15,5%) em relação aos plantonistas (4-5,7%)” (FRANÇA, 2012, p. 967). Esse fato sugere a necessidade de uma rediscussão de modalidade de organização do regime de trabalho dessas equipes.

Os gestores de saúde participantes do estudo informaram unanimemente que há dificuldade na contratação de trabalhadores para o pronto-socorro e atribuíram as seguintes justificativas para essas dificuldades:

*Demora no concurso, em caso de contratos não contratam suficientes* [referindo-se ao gestor da SES/DF responsável pela contratação dos profissionais de saúde]. (Gestor de saúde 1)

*Falta de recursos humanos de enfermagem e treinamento.* (Gestor de saúde 2)

*Burocracia* [quanto à contratação de recursos humanos]. (Gestor de saúde 3)

A força de trabalho, bem como a qualificação dos trabalhadores que atuam nas urgências e emergências, é fundamental para garantir a prestação efetiva de cuidados. Logo, considerando que esse é um problema nevrálgico para o hospital estudado, sugere-se que alguns investimentos se deem nessa direção e que se efetive essa responsabilidade das três esferas governamentais.

Ainda no que diz respeito à organização das equipes e o trabalho prestado no serviço de pronto-socorro do hospital, os gestores de saúde consideram: *Tumultuado, não sendo feito como deveria ser, cuidadores exaustos* (Gestor de saúde 1). *Difícil trabalhar com baixo recursos humanos e superlotação* (Gestor de saúde 2). *Complexo* (Gestor de saúde 3).

#### 5.3.4 ALTA DEMANDA DE USUÁRIOS E ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS

Durante a pesquisa, observou-se um fator muito significativo para o “olhar” das urgências e emergências hospitalares no que se refere à percepção dos participantes do estudo quanto ao fluxo de pacientes e à sinalização de que esse fluxo não está bem estabelecido no serviço de pronto-socorro do Centro de Trauma do HBDF. No entanto, apenas os gestores de saúde atribuíram comentários que justificassem a opinião sobre o tema:

*Não há regulação de leitos para referenciar os pacientes, pacientes mal orientados procuram o serviço sem necessidade. Entorno não faz contato prévio.* (Gestor de saúde 1)

*Dificuldade em efetivar a referência e a contrarreferência.* (Gestor de saúde 2)

*Falta rede* [de atenção às urgências e emergências]. (Gestor de saúde 3)

Para as autoras Giselda Quintana Marques e Maria Alice Dias da Silva Lima,

A demanda aos serviços de saúde pode ser entendida como um pedido explícito que expressa todas as necessidades do usuário, podendo ser efetivada por meio de consulta, acesso a exames, consumo de medicamentos e realização de procedimentos, pois esta é a forma como os serviços organizam sua oferta. Paradoxalmente, as necessidades dos usuários podem ser outras, como respostas às questões socioeconômicas, às más condições de vida, à violência, à solidão, à necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou, ainda, o acesso a uma tecnologia específica que possa lhes proporcionar qualidade de vida. (MARQUES; LIMA, 2007, p. 02)

Vê-se, portanto, algumas estatísticas de atendimento do serviço de pronto-socorro, Centro de Trauma – Sala Vermelha, do hospital no ano de 2013 expressas na tabela abaixo:

Tabela 5: atendimentos realizados na Sala Vermelha do Centro de Trauma do HBDF, 2013.

ATENDIMENTOS NA SALA VERMELHA POR GÊNERO												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
HOMENS	94	120	107	88	122	107	105	121	128	131	108	108
MULHERES	44	33	38	30	32	31	34	40	48	41	48	55
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>153</b>	<b>145</b>	<b>118</b>	<b>154</b>	<b>138</b>	<b>139</b>	<b>161</b>	<b>176</b>	<b>172</b>	<b>156</b>	<b>163</b>

Fonte: HBDF, 2014.

As informações acima demonstram a crescente demanda do serviço de pronto-socorro do hospital, justificando a necessidade de rediscutir implantação da rede de atenção às urgências e emergências, pretendendo equalizar oferta e demanda, missionar o papel dos demais serviços de saúde do território e qualificar o atendimento à população.

O número de atendimentos por procedência Centro de Trauma – Sala Vermelha do hospital, no ano de 2013, está expresso na tabela abaixo:

Tabela 6: atendimentos realizados por procedência dos pacientes na Sala Vermelha do Centro de Trauma do HBDF, 2013.

PROCEDÊNCIA DOS PACIENTES													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
INTRA-HOSPITALAR	30	19	23	20	44	25	28	33	40	33	34	45	
EXTRA-HOSPITALAR	108	134	122	98	110	113	111	128	136	139	122	118	
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>153</b>	<b>145</b>	<b>118</b>	<b>154</b>	<b>138</b>	<b>139</b>	<b>161</b>	<b>176</b>	<b>172</b>	<b>156</b>	<b>163</b>	

Fonte: HBDF, 2014.

A maior parte dos atendimentos é dirigida aos pacientes que são encaminhados pelos serviços de saúde da rede assistencial do Distrito Federal, de Minas Gerais e de Goiás, ou demanda espontânea que chega ao hospital sem nenhum encaminhamento ou com encaminhamentos não regulados.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da inserção do Hospital de Base na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal propôs um conjunto de reflexões aos trabalhadores, aos gestores, aos sujeitos desta pesquisa, à pesquisadora e, conseqüentemente, ao leitor.

O Hospital de Base do Distrito Federal é um hospital público, especializado, de ensino e terciário, com mais de oitocentos leitos e vários serviços. Ele se apresenta como um ponto de atenção estratégico para o Sistema Único de Saúde do Distrito Federal e enfrenta diversos problemas para se inserir na rede de atenção, conforme informações dos participantes deste estudo:

- Definição de pactos e fluxos assistenciais incipiente, que não possibilitam ao hospital assumir o seu papel terciário e configuram-no como “porta de entrada” para todo e qualquer paciente (referenciados e demanda espontânea), especialmente os que não são absorvidos e ordenados pela rede de atenção à saúde.
- Problemas no funcionamento dos demais serviços de saúde, que em geral não promovem a seleção de casos clinicamente menos graves e intermediários e, conseqüentemente, não encaminham ao hospital apenas pacientes clinicamente agudos ou graves, sendo essa a missão desse hospital na rede de cuidados do Distrito Federal.
- Regulação do acesso incipiente.
- Atenção Primária à Saúde pouco resolutiva.
- Gestores participantes ativos do processo de implantação da rede, porém ainda é preciso aproximar os trabalhadores desse processo.
- Profissionais de saúde em número insuficiente e com baixo protagonismo quanto ao movimento de implantação da rede de atenção à saúde.
- Pouco investimento na educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores.

Todos os apontamentos acima coincidem com as diretrizes e atributos para a organização da rede de atenção à saúde na bibliografia estudada, tendo em vista o desafio de incorporar um hospital complexo ao conjunto de serviços de saúde do território de forma

articulada e solidária, fato esse que gera problemas contínuos revelados no dia-a-dia das equipes e usuários. Um exemplo disso está na superlotação, um dos maiores problemas da urgência e emergência hospitalar no Brasil.

Com relação ao Centro de Trauma do hospital, que foi a unidade de análise estudada, os resultados a partir da percepção dos gestores e trabalhadores participantes do estudo revelaram o seguinte:

- Boas práticas quanto à articulação do SAMU (pré-hospitalar) e porta de entrada hospitalar de urgência e emergência, sendo esse um dos critério de qualificação da porta de entrada hospitalar de urgência e emergência apontados na portaria ministerial nº 2.395/2011 do Ministério da Saúde.
- Planejamento e avaliação (agendas do colegiado gestor, adoção de metas e indicadores, entre outros) comprometidos pela própria dinâmica do setor, por se tratar de um serviço de pronto-socorro.
- Ausência da definição de fluxos e pactos entre gestores da RIDE, que impactam na superlotação do serviço de pronto-socorro do hospital.

Pode-se concluir neste estudo que o hospital se insere de forma lenta e gradativa na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal, porém que essa é uma inquietação dos gestores e trabalhadores que participaram do estudo. Esta pesquisa ajudou a provocar reflexões nesse sentido, mesmo considerando que só alcançou um serviço de saúde do hospital, porém um dos mais nevrálgicos, que é o serviço de pronto-socorro.

Este estudo procurou produzir ainda uma reflexão quanto à aplicação dos critérios e recomendações do Ministério da Saúde para as portas de entradas hospitalares de urgência e emergência no SUS. A pesquisadora, que também foi responsável pela produção de boa parte das normas aqui estudadas enquanto integrante do corpo técnico do Ministério da Saúde, observou uma certa distância entre as normas e o cotidiano dos trabalhadores. Nesse sentido, pode-se sugerir que as normas não expressam “valor de uso” para a ação cotidiana, pois, em geral, se concentram no âmbito da gestão e são geradoras de mudança de forma lenta e pouco impactante.

O principal instrumento de coleta de dados, o questionário, aplicado junto aos gestores e trabalhadores do serviço de pronto-socorro do hospital, foi concebido com algumas falhas não superadas no processo. Algumas delas são recomendadas para superação em novos

estudos, por serem importantes para a compreensão do tema estudado, quais sejam: 1) o questionário não contemplou todos os critérios de qualificação expressos na portaria ministerial nº 2.395/2011); 2) não questionou sobre planejamento e avaliação no instrumento aplicado aos trabalhadores, apenas naquele conformado para os gestores. Essa avaliação só surgiu após aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Por fim, recomenda-se que estudos subsequentes sobre o tema contemplem:

- A técnica da observação, por ser considerada fundamental para compreender as dimensões do trabalho cotidiano das equipes que atuam no pronto-socorro.
- Uma abordagem que contemple amostra maior de sujeitos na pesquisa.
- Avaliação de algumas unidades temáticas por categorias profissionais, no intuito de capturar questões centrais para avaliação de cargas de trabalho, representação social dos trabalhadores ou mesmo de produção assistencial.
- Envolvimento de um número maior de hospitais para a análise do tema.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, Carlos Eduardo Franco. OLIVEIRA, Leonel Gois Lima. GONZALES, Rafael Guramoto. ABDALLA, Márcio Moutinho. **A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo.** IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade. Brasília-DF, 3 a 5 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ5.pdf>>. Último acesso em 1º set 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro 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 União.** 20 set 1990.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União.** nº 253, terça-feira, 31 de dezembro de 2013, Seção 1, páginas 54-56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.400, de 02 de outubro de 2007: Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. **Diário Oficial da União.** 03 out 2007.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União.** 31 dez 2010.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 44, de 10 de janeiro de 2011: Aprovar no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia. **Diário Oficial da União.** 12 jan 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. **Diário Oficial da União.** 08 jul 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.395, de 11 de outubro de 2011: Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União.** 13 out 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 1.663, de 06 de agosto de 2012: Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). **Diário Oficial da União.** 07 ago 2012.

BRASIL. Consulta Pública GM/MS n. 19, de 01 de novembro de 2012: Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, estabelecendo as diretrizes e normas para a organização do modelo da Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 05 nov 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, Ernesto de Souza. **História e Evolução dos Hospitais**. Divisão de Organização Hospitalar/Departamento Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Editora do Ministério da Saúde, 1944.

CAPPELLE, Mônica Carvalho Alves. MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes. GONÇALVES, Carlos Alberto. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Organizações Rurais & Agroindustriais**. v. 5, n. 1, abr 2011.

COELHO, Mônica Franco et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 18, n. 4, 2010, p. 770-777.

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 prontos-socorros. **Diário Oficial da União**. 17 mar 1995.

DEMORI, Renata. PIZZOLATO, Sandra Isabel. **Acolhimento como perspectiva de reestruturação das emergências**. Curso de Especialização em Gestão Hospitalar. Grupo Hospitalar Conceição. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde, 2007.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**. n. 115, mar 2002, p. 139-154.

DUBEUX, Luciana Santos; FREESE, Eduardo; FELISBERTO, Eronildo. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 23, n. 2, 2013, p. 345-369.

FARIAS, Sidney Feitoza et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, 2011, p. 1043-1053.

FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira; KOVACS, Maria Helena; SARINHO, Sílvia Wanick. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 5, n. 3, 2005, p. 319-328.

FERNÁNDEZ, Margarita Alonso; MEJÍA, Radhames Hernández; PRADO, Francisco del Busto; ESPINAR, Antonio Cueto. Utilización de um servicio de urgencias hospitalario. **Revista Española de Salud Pública**. n. 67, 1993, p. 39-45.

FRAINER, Daniel Massen. **A Eficiência Técnica de Hospitais Universitários Federais Brasileiros no primeiro semestre de 2001**. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2004.

FRANCA, Flávia Maria de; FERRARI, Rogério; FERRARI, Diana Carla; ALVES, Elioenai Dornelles. Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 20, n. 5, 2012, p 961-970.

FRANÇA, Maristela Botelho; MUNIZ, Hélder Pordeus. A gestão coletiva dos serviços de saúde pública: uma perspectiva ergológica. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 9, 2011, p. 201-221.

GARLET, Estela Regina; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; SANTOS, José Luís Guedes dos; MARQUES, Giselda Quintana. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 17, n. 4, junho de 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal – RUE/DF**. Brasília – DF, março de 2013.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de enfermagem**. v. 66, n. 1, 2013, p. 31-37.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 45, n. 3, jun 2011.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, n. 1, 2007, p. 13-19.

MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 25, n. 7, 2009 p. 1611-1613.

MELO, Egléa Maria da Cunha; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; FERREIRA, Roberto Assis. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23, n. 12, 2007, p. 3000-3010.

MENDES, Antonio da Cruz Gouveia et al. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. **Revista brasileira de enfermagem**. 2013, v. 66, n. 2, p. 161-166.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**. Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

O'DWYER, Gisele. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & saúde coletiva**. v. 15, n. 5, 2010, p. 2395-2404.

OLIVATI, Fabrício Narciso; BRANDÃO, Gustavo Antonio Martins; Vazquez, Fabiana Lima; PARANHOS, Luiz Renato; PEREIRA, Antonio Carlos. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município no interior do Estado de São Paulo. **Revista da faculdade de Odontologia**. Passo Fundo, v. 15, n. 3, set-dez 2010, p. 247-252.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, 29 (4), 1995, p. 318-25.

SÁ, Marilene de Castilho; CARRETEIRO, Teresa Cristina; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n. 6, 2008, p. 1334-1343.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 43, n. 4, 2009, p. 721-725.

SOUZA, Roberta Brito de, SILVA Maria Júlia Paes; NORI Adriana. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 28, n.2, 2007, p. 242-249.

Pesquisa realizada na página: <http://www.cnes.datasus.gov.br>, em 01 de outubro de 2013, às 10:30h.

Pesquisa realizada na página: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>, em 03 de outubro de 2013, às 10:30h.

Pesquisa realizada na página: <http://www.sudeco.gov.br/ride-df>, em 21 de julho de 2014, às 09:02h.

## APÊNDICES

### Apêndice A: Roteiro de dados secundários



#### HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

- Documentos a serem solicitados e analisados:
- Informações de atendimentos e organização das equipes multiprofissionais que atuam no Centro de Trauma do hospital.
- Coleta e análise de informações dos bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde.
- Dados de caracterização do Hospital de Base do Distrito Federal junto ao Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.
- Portarias ou normativos ministeriais sobre organização de serviços no hospital e liberação de incentivos financeiros.
- Documentos acerca da organização do Serviço de Pronto Socorro do hospital, a exemplo da inclusão deste hospital, no Programa SOS Emergências do Governo Federal e Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal.

**Apêndice B:** Questionário – gestores de urgências e emergências da SESDF e dirigentes do hospital.



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Departamento de Saúde Coletiva**  
**Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva**

**HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL**

Nº \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2014

<b>I - PERFIL DO GESTOR/DIRIGENTE/COORDENADOR DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL</b>	
<b>Pergunta</b>	<b>Resposta</b>
01 - Cargo/Função:	
02 - Idade:	
03 - Sexo:	Masculino ( ) Feminino ( )
04 - Escolaridade:	Fundamental ( ) Médio Incompleto ( ) Médio completo ( ) Superior Completo ( ) Pós Graduado ( )
05 - Formação graduação:	
06 - Formação pós-graduação:	
07 - Tempo de ocupação do cargo:	
08 - Já atuou em outro cargo de gestão?	Sim ( ) Não ( )
09 - Em caso afirmativo, qual?	
10 - Qual tipo de vínculo com a SES/DF?	Contratado ( ) Concursado ( ) Nomeado ( )
11 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual?	Sim ( ) Não ( )
12 - Qual:	
13 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento no exercício desta função que ocupa atualmente?	Sim ( ) Não ( )

**II – CONHECIMENTO ACERCA DA INSERÇÃO DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO DISTRITO FEDERAL**

14 - Participou do processo de inserção do Hospital de Base de Brasília na RUE do DF?	Sim ( ) Não ( )
15 - Considera a participação do gestor/dirigente/coordenador, importante para este processo?	Sim ( ) Não ( )
16 - Em caso afirmativo, justifique.	
17 - Na sua opinião que problemas e desafios o processo de implantação da RUE no DF aponta?	
18 - Qual o papel do gestor/dirigente/coordenador do hospital para a concretização de mudanças na organização da porta de entrada hospitalar de urgência e emergência do HBDF?	

**III – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL**

19 - Existem dificuldades na contratação de profissionais?	Sim ( ) Não ( )
20 - Em caso afirmativo, quais as dificuldades encontradas?	
21- Caracterize o serviço prestado no pronto-socorro, destacando dificuldades e boas práticas:	
22 - Como você descreve o trabalho prestado no pronto-socorro pelas equipes de urgência e emergência do Hospital de Base do DF?	
23 - Em caso afirmativo ou negativo, justifique.	

**IV- PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL**

24 - O hospital realiza planejamento dos serviços prestados?	Sim ( ) Não ( )
25 - Em caso afirmativo, como ocorre o planejamento destas ações?	
26 - São utilizados metas/indicadores de saúde para o alcance de resultados a partir do planejamento do serviço?	Sim ( ) Não ( )
27 - Quais? E como?	
28 - Ao longo dos anos a procura por atendimento hospitalar para urgência e emergência tem:	Aumentado ( ) Diminuído ( ) Se Mantém ( )
29 - O hospital faz levantamento dos tipos de atendimentos realizados periodicamente?	Sim ( ) Não ( )
30 - Fale sobre as características da demanda nos últimos anos com relação ao serviço de pronto socorro.	
31 - A oferta de serviços tem sido suficiente para atender a demanda?	Sim ( ) Não ( )

**V - OUTROS**

32 - O que você sugere de melhorias para a prestação de cuidados e atenção às urgências e emergências no HBDF?	
--	--

**Apêndice C:** Questionário – profissionais de saúde que atuam no serviço de pronto socorro do hospital



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Departamento de Saúde Coletiva**  
**Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva**

**HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL**

Nº \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

<b>I - PERFIL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE ATUA NO PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL</b>	
<b>Pergunta</b>	<b>Resposta</b>
01 - Cargo/Função:	
02 - Idade:	
03 - Sexo:	Masculino ( ) Feminino ( )
04 - Escolaridade:	Fundamental ( ) Médio Incompleto ( ) Médio completo ( ) Superior Completo ( ) Pós Graduado ( )
05 - Formação graduação:	
06 - Formação pós-graduação:	
07 - Qual tipo de vínculo com a SES/DF?	Contratado ( ) Concursado ( ) Nomeado ( )
08 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual?	Sim ( ) Não ( )
09 - Qual?	
10 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento no exercício desta função que ocupa atualmente?	Sim ( ) Não ( )
<b>II – CONHECIMENTO ACERCA DA INSERÇÃO DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO DISTRITO FEDERAL</b>	
11 - Participou do processo de inserção do Hospital de Base de Brasília na RUE do DF?	Sim ( ) Não ( )
12 - Considera a participação do trabalhador do pronto-socorro, importante para este processo?	Sim ( ) Não ( )
13 - Em caso afirmativo, justifique.	
14 - Na sua opinião que problemas e desafios o processo de implantação da RUE no DF aponta?	
15 - Qual o papel do trabalhador do pronto-socorro do hospital para a concretização de mudanças na organização da porta de entrada hospitalar de urgência e emergência do HBDF?	

<b>III – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL</b>	
16 - Caracterize o serviço prestado no pronto-socorro, destacando dificuldades e boas práticas:	
17 - Quais e quantos profissionais de saúde, por categoria profissional, compõem sua equipe no pronto-socorro?	
18 - Como você descreve o trabalho prestado no pronto-socorro pelas equipes de urgência e emergência do Hospital de Base do DF?	
19 - Na sua opinião, a entrada dos usuários que recorrem aos serviços prestados na porta de entrada hospitalar de urgência e emergência do Hospital de Base do DF, se dá de maneira correta?	Sim ( ) Não ( )
20 - Em caso afirmativo ou negativo, justifique.	
<b>IV– DESCRIÇÃO DOS PARÂMETROS ESTABELECIDOS PELA PORTARIA MINISTERIAL N.2.395/2011 RELATIVOS À QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR – PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/PRONTO-SOCORRO</b>	
20 - No serviço de pronto socorro do HBDF são adotados protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e procedimentos administrativos a exemplo da definição de rotinas?	Sim ( ) Não ( )
21 - Quais?	
22 - Realiza acolhimento com classificação de risco?	Sim ( ) Não ( )
23 - Em caso afirmativo, quem é responsável por esta atividade?	
24 - Adotam protocolo(s) no atendimento às urgências e emergências?	Sim ( ) Não ( )
25 - Em caso afirmativo, qual(is) protocolo(s) adotam?	
26 - Há articulação com Serviço de Atenção Móvel às Urgências?	Sim ( ) Não ( )
27 - Em caso afirmativo, como se dá este processo?	
28 - A regulação de leitos de retaguarda funciona?	Sim ( ) Não ( )
29 - Em caso afirmativo, a que atribui o efetivo funcionamento?	
30 - Existe equipe multiprofissional atuando no serviço de pronto socorro do hospital?	Sim ( ) Não ( )
31 - Em caso afirmativo, na sua opinião, a equipe multiprofissional do serviço de pronto socorro é compatível com a necessidade de atendimento?	
32 - As equipes que atuam no pronto socorro do hospital se organizam em regime de trabalho conhecido como “diarista”?	Sim ( ) Não ( )
33 - Na sua opinião, está bem estabelecido o fluxo de pacientes que recorrem a este serviço?	Sim ( ) Não ( )
34 - Em caso afirmativo, a que atribui esta melhoria?	
<b>V - OUTROS</b>	
35 - O que você sugere para melhorias na prestação de cuidados e atenção às urgências e emergências no HBDF?	

## Apêndice D: Termo de consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Departamento de Saúde Coletiva**  
**Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva**

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Análise da inserção do Hospital de Base no momento de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Distrito Federal” que tem como objetivo analisar a inserção do Hospital de Base na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Distrito Federal. Busca-se, com o presente projeto, propor reflexões e análises que permitirão contribuir para discussão do tema atenção hospitalar a partir da atuação em rede e consequentes melhorias no modelo de atenção prestado no SUS e um “olhar” sobre o trabalho prestado pelos profissionais de saúde que manejam diretamente a atenção às urgências e emergências no pronto-socorro.

Gostaríamos de contar com o seu consentimento para a utilização dos dados obtidos por meio de um ou mais dos instrumentos de coleta de dados previstos para essa investigação, a saber: a- análise documental b- observação da rotina do pronto-socorro e c- aplicação de questionários junto aos gestores de urgência e emergência e trabalhadores do pronto-socorro selecionados nesta pesquisa. Os temas a serem abordados incluem: organização e funcionamento do pronto-socorro; caracterização do hospital; percepção dos gestores e trabalhadores sobre a implantação da rede de atenção às urgências e emergências no Distrito Federal.

A pesquisa foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília e lhe garantimos os seguintes direitos:

- 1-solicitar, a qualquer momento, maiores esclarecimentos sobre a investigação pelos telefones: (61) 82157301; e-mail: emanuelyps@hotmail.com;
- 2-segredo absoluto sobre nomes, local de trabalho, residência e quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal e da instituição a qual pertence no relatório e publicações da pesquisa;
- 3-ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgar prejudicial à sua integridade física, moral e social.

Os resultados do estudo serão publicados em sites, revistas e eventos científicos, apresentados para docentes e demais profissionais. Uma cópia deste termo permanecerá com o Sr.(a) e a outra ficará arquivada, juntamente com os demais documentos da pesquisa, com o pesquisador responsável, no Departamento de Saúde Coletiva/Faculdade de Saúde/UnB.

Brasília \_\_\_ de \_\_\_\_ 2014.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_.

Pesquisadora responsável: Emanuely Paulino Soares – mestranda em saúde coletiva UnB - (61) 82157301  
\_\_\_\_\_

Orientadora: Magda Duarte dos Anjos Scherer - Profa. Dra.

Departamento de Saúde Coletiva/FS/UnB

Comitê de Ética em Pesquisa da FS-UnB  
Fone: (61) 31071947  
cepfs@unb.br

### AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado e esclarecido sobre as características da pesquisa intitulada “ANÁLISE DA INSERÇÃO DO HOSPITAL DE BASE NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO DISTRITO FEDERAL”, autorizo a realização de coleta de dados para a pesquisa, reservando-me o direito de desistir da mesma, a qualquer momento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

## **ANEXOS**

### **Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP**