

UNIVERSIDADE DO CONTESTADO - UnC

TATIANE FABIOLA ARENHART

UNIDADES DE RETAGUARDA: UMA AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL

MAFRA

2016

TATIANE FABIOLA ARENHART

UNIDADES DE RETAGUARDA: UMA AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL

Trabalho de Conclusão de apresentado como exigência para obtenção do título de Especialista em Gestão de Saúde Pública do Curso de Pós-Graduação ministrado pela Universidade do Contestado – UnC, Campus Mafra, sob Orientação da Professora Salete R. D. Benetti. Pesquisa financiada pelo FUMDES

MAFRA

2016

Tatiane Fabiola Arenhart

Unidades de Retaguarda: Uma Avaliação Assistencial

Esta Monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Especialista em Gestão de Saúde Pública

E aprovada na sua versão final em 07 de maio de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade do Contestado e Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Saúde Pública.



Prof. Me. Eivaldo Antunes

Coordenador do Curso de Pós-graduação em Gestão de Saúde
Pública

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. Salete R. D. Benetti

(Orientadora)



Prof.ª Dr.ª Renata Campos

(Avaliador)



Prof. Me. Eivaldo Antunes

(Avaliador)

RESUMO

O estudo foi desenvolvido com base na portaria 2.395 de 11 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde (MS), a Nota Técnica do Conselho Nacional de Assistência Social - CONAS 28/2012 e Nota Técnica 29/2011. As portarias e notas técnicas são referentes a implantação das Retaguardas e Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) que foram implantadas em alguns hospitais de médio porte estrategicamente com a intenção de desafogar os grandes centros. De acordo com as portarias as Retaguardas/UCP devem seguir algumas regras, tais como: manter equipe multiprofissional para reabilitação, manter taxa de ocupação acima de 85% e ter equipamentos e materiais adequados para a assistência. Como o investimento do Ministério da Saúde foi alto e há necessidade de resolutividade, esta pesquisa teve como objetivo: Verificar se as unidades de retaguarda implantadas pelo Ministério da Saúde estão prestando assistência à população atendida e, verificar se estão atendendo o que a portaria exige. A metodologia escolhida foi pesquisa qualitativa, descritiva, de campo, para a qual foi aplicado um questionário semiestruturado aos gestores dos hospitais analisados, com perguntas que norteavam as questões de gerenciamento, sendo, taxa de ocupação dia e mensal, os profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional, número de profissionais, atualização dos profissionais; quanto à estrutura da retaguarda/ cuidados prolongados e os equipamentos de cada unidade. Também foi aplicado um questionário para os pacientes e acompanhantes embasado em Donabedian (1985), baseado na estrutura, processo e resultado. Por meio desses questionários e categorias de análises verificou-se que os hospitais estão conseguindo contemplar a maioria das exigências das portarias, entretanto a taxa de ocupação ainda deve ser adequada nos dois hospitais entrevistados, pois ficam aquém dos critérios estabelecidos pelo MS. Referente à visão dos paciente e acompanhantes verificou-se que nos dois hospitais os serviços foram avaliados como de qualidade, pois a média de avaliação ficou entre ótima e boa, com alguns processos citados para serem melhorados cada um em sua realidade.

Palavras-chave: Avaliação, Assistência Hospitalar, Programas de Saúde

ABSTRACT

The study was developed based on Ordinance 2395 of October 11, 2011 do Ministry of Health (MOH), the Technical Note of the National Social Assistance Council - Conas 28/2012 and Technical Note 29/2011. The administrative and technical notes are for the implementation of the rearguard and Long-term Care Units (PCU) that were implanted in some medium-sized hospitals strategically intended to unburden the major centers. According to the ordinances the rears / UCP must follow certain rules, such as keeping the multidisciplinary team for rehabilitation, keeping occupancy rate above 85% and have equipment and materials suitable for assistance. As the investment of the Ministry of Health was high and there is need for resolution, this study aimed to: Make sure the rear units deployed by the Ministry of Health are providing assistance to the population served, and check whether they are meeting what the ordinance requires. The chosen methodology was qualitative, descriptive research field, to which was applied a semi-structured questionnaire to the managers of the hospitals surveyed, with questions that guided the management issues, and day and monthly occupancy rate, the professionals who are part of the multidisciplinary team, number of professionals, updating of professionals; as the structure of the rear / long term care and equipment of each unit. It was also a questionnaire for patients and caregivers grounded on Donabedian (1985), based on the structure, process and outcome. Through these questionnaires and categories of analysis found that hospitals are managing to contemplate most of the requirements of the orders, but the occupancy rate should still be adequate in both surveyed hospitals as fall short of the criteria set by MS. Referring to the patient's vision and accompanying it was found that in both the services hospitals were evaluated as quality as the average assessment was between excellent and good, with a few cases cited to be improved each in its reality.

Keywords: Evaluation, Hospital Care, Health Programs

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
1.4 OBJETIVOS.....	7
1.4.1 Objetivo Geral.....	7
1.4.2 Objetivos Específicos.....	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
3 METODOLOGIA.....	11
4 RESULTADOS.....	12
CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

As políticas nacionais de atenção às urgências foram desenvolvidas pensando em oferecer saúde de qualidade para a população. A nota técnica 29/2011 do CONAS trata dos componentes hospitalares da rede de atenção às urgências regulamentando o funcionamento deste importante componente tendo como principais objetivos organizar a atenção das urgências nos hospitais, garantir a Retaguarda/UCP de atendimentos de média e alta complexidade, garantir a assistência hospitalar nas linhas de cuidados prioritários sendo Cardiovascular, Cerebrovascular e traumatologia, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

A área de avaliação de programas e serviços de saúde está passando por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológico bem como a busca pelo instrumento adequado para se identificar com mais precisão se as instituições que oferecem serviços de saúde estão oferecendo estes com qualidade, pois o governo delimita várias políticas de saúde que são implantadas e que devem ser avaliadas posteriormente (NOVAES, 2000).

Polizer e D'innocenzo (2006) afirmam que para se avaliar a qualidade e os serviços em saúde o referencial teórico mais utilizado por estudiosos é o estabelecido por Donabedian, que aborda estratégias avaliativas nas diversas áreas sendo estrutura, possibilitando assim a avaliação do ambiente onde se está sendo avaliada a qualidade assistencial oferecida ao paciente, até atingir o objetivo proposto que seria avaliar a promoção, proteção e recuperação da saúde segundo a visão do próprio usuário do sistema único de saúde e das políticas públicas implantadas tornando assim estes um responsável por sua saúde

Diante do exposto a questão que norteou esta pesquisa foi: De que maneira as unidades de retaguarda implantadas pelo Ministério da Saúde prestam assistência à população atendida?

As retaguardas/UCP que são enfermarias clínicas e de longa permanência foram implantadas pelo Governo Federal no ano de 2011, com o objetivo de desafogar os grandes centros e os pacientes com baixa e média complexidade poderem ser referenciados para hospitais de médio porte com leitos disponíveis de retaguarda/UCP. Estes pacientes são transferidos via Regulação do Estado (SISREG) onde a sua internação e IAH é redirecionado através deste sistema para o hospital em que irá fazer o tratamento.

Foram contemplados vários hospitais com os leitos de retaguarda, os investimentos foram altos, e a diária do paciente é repassada por cada dia que fica internada, devido a isso é importante avaliar alguns pontos de atenção nos locais que disponibilizam estes leitos para verificar se a população está tendo assistência como previa o Governo e é o objetivo das Retaguardas/UCP.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Verificar se as unidades de retaguarda implantadas pelo Ministério da Saúde estão prestando assistência à população atendida.

Objetivos Específicos

- Realizar levantamento de ocupação das unidades de retaguarda da região do Planalto Norte Catarinense;
- Verificar os recursos que as unidades dispõem para atendimento à população;
- Avaliar a satisfação dos pacientes e acompanhantes quanto ao atendimento prestado pelos profissionais das retaguardas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A qualidade nos serviços de saúde tornou-se um objetivo a ser alcançado mundialmente, devido à conscientização da população que os serviços que sejam prestados na área da saúde devem ser de qualidade e que a saúde deve ser prestada com responsabilidade ética e social (POLIZER, D'INNOCENZO, 2006).

Para os autores 'avaliar' consiste em atribuir e/ou conferir valor a algo, manifestar-se em relação a algo, devido a isso na avaliação deve ser utilizado procedimentos baseados em métodos científicos para que a pesquisa e avaliação possam proporcionar informações de identificação, além de estabelecer de maneira mais justa o valor e mérito de algo.

Para Adami e Yoshitome (2003) nos últimos anos do século XXI, observou-se um aumento nacional e internacional pelo tema qualidade da assistência à saúde, acredita-se que este aumento esteja ligado ao incremento das demandas por cuidados de saúde, ao custo elevado para manutenção dos serviços, recursos cada vez mais limitados, usuários cada vez mais exigentes, pressão tanto dos profissionais de saúde que exigem condições de trabalho e exercício ético nas instituições como do governo que financia os sistemas de saúde e que tem o dever de zelar pela saúde da sua população.

Nas ações avaliativas devem ser contempladas as mais diversas características sendo algumas destas a prestação de cuidados de qualidade com um alto grau de competência profissional, uso eficaz dos recursos repassados, redução ao nível mais baixo possível de lesões decorrentes da assistência prestada. Verifica-se também como satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes quanto as suas expectativas e acessibilidade aos serviços ofertados sendo estes uns dos efeitos mais favoráveis na qualidade assistencial (ADAMI, YOSHITOME, 2003)

Polizer e D'innocenzo (2006) afirmam que para se avaliar a qualidade e os serviços em saúde o referencial teórico mais utilizado por estudiosos é o instrumento estabelecido por Donabedian, que aborda estratégias avaliativas nas diversas áreas sendo estrutura, possibilitando assim a avaliação do ambiente, qualidade assistencial oferecida ao paciente, até atingir o objetivo proposto que seria avaliar a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Com Donabedian a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde sendo avaliados após a visão do médico e após a da comunidade. A qualidade passou então a ser observada nestes três ângulos de forma a se complementar as informações, porém tornando-se cada uma de forma independente. O conceito de qualidade defendido por Donabedian envolve os usuários como peça chave na mensuração da qualidade do sistema, proporcionando assim chegar a um objetivo diferenciado dos anteriores, fazer com que o paciente se sinta parte do processo não pela sua patologia mais para a melhora dos processos (VAITSMAN E ANDRADE, 2005).

Verifica-se que para obter um resultado em pesquisa sobre a qualidade assistencial deve-se observar alguns componentes deste cenário como o perfil epidemiológico os recursos humanos as tecnologias utilizadas (aparelhos modernos), medicações, legislações implantadas, dentre outros critérios (VECINA NETO, MALIK, 2007).

A portaria nº 2.395 de 11 de outubro de 2011 cria leitos para servir de retaguarda para as portas de entradas, por meios de ampliação e qualificação de enfermarias clínicas a portaria traz algumas condições sendo estas: estabelecerem e adotarem protocolos clínicos e de procedimentos, contarem com equipe multiprofissionais de forma horizontal, garantirem procedimentos diagnósticos e terapêuticos, desenvolverem atividades de educação permanente para equipe e para acompanhantes, serem regulados pelas centrais de regulação, manter taxa de ocupação entre 85% no mínimo, manter permanência de 10 dias (BRASIL, 2011).

Segundo a Nota Técnica CONASS 28/2012 a equipe multiprofissional para Retaguarda/UCP deve compor com Médico: 20 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos, Enfermeiro: 40 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos, Técnico de Enfermagem: No mínimo 03 técnicos para cada 05 pacientes nos três turnos, em todos os dias da semana, Assistente Social: 20 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos, Fisioterapeuta: 60 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos, Psicólogo: 20 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos, Fonoaudiólogo: 30 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos, Terapeuta Ocupacional: 30 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos (BRASIL, 2012)

Na minuta acima citada verifica-se que a estrutura deve estar em conformidade com a ANVISA, sendo de extrema importância conter uma sala multiuso para reabilitação e o local estar provido de alguns equipamentos como exige a portaria,

sendo Ambus, Andadores, Armários, Barras Paralelas, Bengalas, Cadeiras de Rodas, Cilindro de Oxigênio, Escada Linear para Marcha, Esfigmomanômetro, Estetoscópio, Lanterna clínica, Mesas auxiliares, Nebulizador Portátil, Oxímetro dentre outros que possam ser utilizados para reabilitação do paciente (BRASIL, 2012).

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, descritiva, de campo, para a qual foi aplicado um instrumento semiestruturado para os gestores dos hospitais analisados com perguntas que norteavam as questões de gerenciamento, sendo, taxa de ocupação dia e mensal, quais profissionais fazem parte da equipe multiprofissional, número de profissionais, atualização dos profissionais, quanto a estrutura da retaguarda/ cuidados prolongados e os equipamentos de cada unidade.

A pesquisa foi aplicada em duas instituições de cidades que ficam no Planalto Norte do Estado de Santa Catarina, as quais possuem as unidades de Retaguarda e Cuidados Prolongados instituídos. Contou com a participação de dois gestores um de cada unidade hospitalar, 20 pacientes sendo 10 de cada unidade hospitalar e 20 acompanhantes sendo 10 de cada unidade hospitalar. Os mesmos se enquadraram nos pré-requisitos estabelecidos na metodologia.

Os fundamentos teóricos propostos por Donabedian (1985) foram adotados para elaboração do método de avaliação e sugerem a realização desse processo a partir da tríade estrutura-processo-resultado pela interdependência entre essas dimensões. A integralidade da assistência foi incorporada para garantir ampla avaliação.

As informações foram compiladas e apresentadas em tabelas, a análise ocorreu pela articulação das respostas dos participantes com a literatura.

Esta pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pelas diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde/CNS, do Ministério da Saúde/MS.

4 RESULTADOS

Os dados foram coletados e compilados através da proposta da análise conforme o referencial teórico do modelo de Donabedian, baseado na estrutura, processo e resultado. Desta forma na categoria **estrutura** foi aplicado o questionário para os gestores e na categoria **processo** foi aplicado o questionário para os pacientes e acompanhantes (usuários) e foram analisados os aspectos tangíveis, dos quais emergiram as subcategorias: cuidado, tratamento, vínculo, equipe e paciente/cuidador. Na categoria **resultados** sendo aplicado o questionário aos gestores e aos usuários emergiram as subcategorias estatísticas/ocupação e sugestões. Esses dados são apresentados na Tabela 1, de acordo com os seus significados e, após, interpretadas as falas.

Tabela 1 - Análise e significado base nos princípios de Donabedian

CATEGORIAS	SUB - CATEGORIAS	SIGNIFICADOS
Estrutura	Aspectos tangíveis	Inclui os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros. Os recursos humanos abrangem os profissionais, as habilidades, a capacitação profissional.
Processos	Cuidado	Necessidade humana essencial exigida para a saúde e sobrevivência. Inclui atributos como paciência, atenção, carinho, compreensão, dedicação, colaboração, presteza, relacionamento interpessoal e as atitudes humanas
	Tratamento	Se foi informado quanto ao seu diagnóstico, seu quadro clínico, se recebia a visita da equipe multiprofissional, e sua avaliação de cada profissional.
Resultados	Estatísticas	Inclui os resultados de ocupações dia/ mês
	Sugestões	Espaço aberto para usuários e acompanhantes demonstrarem o que precisa melhorar

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Após análise das categorias constantes da tabela 1 e as respostas aos questionários aplicados à gestão, aos pacientes e aos acompanhantes, verificou-se que na questão de **Estrutura** os gestores de ambas as instituições, apontaram que possuem Iluminação satisfatória do setor, com presença de luz natural, com Ventilação Natural, e que o estado de conservação e higiene das enfermarias, área e caminhos de circulação são satisfatórios. Os banheiros são transitáveis com cadeiras de rodas e/ou banho e contém barras de apoio. Cada quarto é dotado de lavatório para degermação das mãos provido de sabão antisséptico, toalha de papel, lixeira com tampa acionada com pedal. Dispõe de banheiro para acompanhante, local para guarda de pertences para uso do paciente e que estes estão em bom estado. Dispõe de sanitário para funcionários; de sistema de comunicação próximo ao leito para chamar equipe de enfermagem; pontos de Oxigênio e ar comprimido com válvulas reguladoras de pressão e vácuo para cada leito; cadeiras para acompanhantes, junto ao leito, removíveis e confortáveis; fonte alternativa de geração de energia elétrica; camas dos pacientes com grades.

Diante da categoria analisada verificou-se que a estrutura de uma instituição hospitalar é o primeiro pilar em termos de segurança para o paciente e uma visão positiva no momento da avaliação do local, existindo órgão que fiscalizam e leis que impõem a forma mais adequada da instituição estar dentro dos padrões de qualidade conforme a RDC 50 (2002), aos quartos das enfermarias da unidade de internação geral devem possuir quatro tipos de iluminação: a iluminação geral em posição que não incomode o paciente deitado, iluminação de cabeceira de leito na parede (arandela) para leitura, iluminação de exame no leito com lâmpada fluorescente, que também pode ser obtida através de aparelho ligado à tomada junto ao leito, assim como De acordo com a RDC 50, os corredores destinados à circulação de pacientes devem possuir corrimãos em ao menos uma parede lateral e com finalização curva. Ter "bate-macas" que podem ter, também, a função de corrimão.

Os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ser amplos para que não tenha restrições de locomoções.

Outra exigência é com o banheiro que segundo a RDC 50 (2002), os banheiros devem possuir portas, maçanetas e barras, que necessitam estar em conformidade. Além de iluminação adequada para o ambiente.

O ambiente exerce forte influência sobre os indivíduos e pode estimular ou inibir a interação entre os envolvidos. Engloba não só o espaço físico utilizado pelas pessoas, como também as pessoas interagem nesse contexto a sua cultura, o mobiliário, o arejamento, a temperatura, os ruídos e as condições de espaço (STEFANELLI, 2005).

Tabela 2 – Análise da Higienização

PACIENTES			
	OTIMO	BOM	RUIM
Hospital 1	30%	70%	0%
Hospital 2	20%	80%	0%
ACOMPANHANTES			
	OTIMO	BOM	RUIM
Hospital 1	90%	10%	0%
Hospital 2	70%	30%	0%

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Ao analisar os questionários dos pacientes e a tabela 2 verificou-se que: quanto a limpeza dos quartos e banheiros para os pacientes do **hospital 1**, 70% acha que a limpeza está boa, porém que pode melhorar e 30% que está ótima; para os pacientes do **hospital 2**, 80% acha que a limpeza está boa. Porém que pode melhorar e, 20% que está ótima. Para os acompanhantes foi realizado a mesma pergunta a fim de verificar a mesma situação em momentos diferentes, os resultados foram: **hospital 1**, 90% dos acompanhantes relataram que a higienização estava ótima e, 10% boa; no **hospital 2**, 70% afirmam estar ótimo e 30% boa.

A limpeza do ambiente deve proporcionar segurança e bem-estar, daí a necessidade de conservação do ambiente, deve ser realizada primeiramente para remover o acúmulo de sujeira e evitar a propagação de microrganismos que habitam o ambiente hospitalar, e em segundo lugar, para proporcionar um ambiente agradável e confortável para os usuários (PAIVA, 2006).

Tabela 3 – Análise do Mobiliário

PACIENTES			
	OTIMO	BOM	RUIM
Hospital 1	50%	50%	0%
Hospital 2	50%	30%	20%
ACOMPANHANTES			
	OTIMO	BOM	RUIM
Hospital 1	20%	80%	0%
Hospital 2	60%	40%	0%

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Na subcategoria de mobiliário, foi verificado que para os pacientes do **hospital 1**, 50% acreditam que os moveis e poltronas estão em ótimo estado e, 50% relatam que são bons, mas que poderiam melhorar. Já no **hospital 2**, 50% relatam que os móveis são ótimos, 30% bons e 20% ruim. Quando questionados os acompanhantes sobre o mobiliário constatou-se que no **hospital 1**, 80% relatam que são bons e 20% que são ótimos e no **hospital 2**, 60% relatam que o mobiliário é ótimo e 40% que é bom.

Tabela 4 – Qualidade das roupas de cama

PACIENTES			
	OTIMO	BOM	RUIM
Hospital 1	80%	20%	0%
Hospital 2	70%	30%	0%
ACOMPANHANTES			
	OTIMO	BOM	RUIM
Hospital 1	50%	50%	0%
Hospital 2	80%	20%	0%

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Sobre a questão envolvendo a qualidade das roupas de cama, organização e limpeza da cama, foi verificado que no **hospital 1**, 80% dos pacientes acreditam estar satisfeitos e apontam que está ótimo; 20% relatam que está bom. No **hospital 2**, 70% acreditam que está ótimo e 30% que está bom. Para 50% dos

acompanhantes do **hospital 1**, este item está 50 % ótimo, os outros 50% avaliam como bom, e para os acompanhantes do **hospital 2**, a avaliação é 80% ótimo e 20% bom.

Ainda na questão de estrutura quanto aos equipamentos utilizados pelos hospitais verificou-se que os dois hospitais analisados dispõem de equipamentos para reanimação e monitorização dos pacientes bem como equipamentos para reabilitação, sendo citados os seguintes equipamentos: andadores, bengalas, aparelho de ultrassom, escada auxiliar para treino, prancha ortostática, therabands, caneleiras com cargas, alferes com carga, bolas, respiron, cadeiras de rodas, dentre outros equipamentos utilizados pela enfermagem, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Segundo a minuta 28/2012 é de extrema importância conter uma sala multiuso para reabilitação e o local estar provido de alguns equipamentos como exige a portaria, sendo Ambus, Andadores, Armários, Barras Paralelas, Bengalas, Cadeiras de Rodas, Cilindro de Oxigênio, Escada Linear para Marcha, Esfigmomanômetro, Estetoscópio, Lanterna clínica, Mesas auxiliares, Nebulizador Portátil, Oxímetro dentre outros que possam ser utilizados para reabilitação do paciente (Brasil, 2012)

Na questão de recursos humanos verificou-se que os dois hospitais cumprem o que é determinado na Nota Técnica CONASS 28/2012 sendo composta as equipes por: enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, assistência social, psicóloga, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, terapeuta ocupacional. Os gestores relatam que sempre que possível disponibilizam atualização e capacitação profissional.

A educação continuada, bem como capacitações profissionais tem como proposta motivar o profissional a suprir as dificuldades encontradas no seu local de trabalho, onde todos os profissionais possam trabalhar com os mesmos objetivos (PASCHOAL, MANTOVANI, MÉIER, 2007).

Além disso, segundo os autores já citados, esta modalidade consiste no desenvolvimento pessoal, o qual deve ser incentivado para que o objetivo seja amplo com aprimoramento do conhecimento e a potencialização dos conceitos e atitudes do sujeito.

Na categoria **Processos** foram enquadradas as questões de atendimento, questionando-se se os pacientes e acompanhantes foram informados sobre o quadro clínico, se ficaram satisfeitos em serem atendidos.

Tabela 5 – Análise da equipe multiprofissionais

PACIENTES do Hospital 1				
	OTIMO	BOM	RUIM	NÃO RESPONDERAM
Médico	50%	50%	0%	0%
Enfermagem	80%	20%	0%	0%
Assistente Social	70%	30%	0%	0%
Psicóloga	60%	40%	0%	0%
Fisioterapeuta	60%	40%	0%	0%
Fonoaudiólogo	60%	30%	10%	0%
Nutricionista	60%	40%	0%	0%
PACIENTES do Hospital 2				
	OTIMO	BOM	RUIM	NÃO RESPONDERAM
Médico	30%	50%	20%	0%
Enfermagem	70%	30%	0%	0%
Assistente Social	70%	30%	0%	0%
Psicóloga	30%	40%	0%	30%
Fisioterapeuta	10%	80%	0%	10%
Fonoaudiólogo	30%	70%	0%	0%
Nutricionista	50%	30%	20%	0%

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

No **hospital 1**, 100% dos pacientes relataram que receberam o atendimento de toda a equipe multiprofissional e avaliam o atendimento como: 50% ótima e 50% boa a assistência prestada pelo médico; 80% ótima, 20% boa a assistência prestada pela equipe de enfermagem; 70% ótima, 30% boa a assistência prestada pelo assistente social; 60% ótima, 40% boa a assistência prestada pela psicóloga; 60% ótima, 40% boa a assistência prestada pela fisioterapeuta; 60% boa, 30% ótima e 10% ruim a assistência prestada pela fonoaudióloga; 60% ótima e 40% boa a assistência prestada pela nutricionista.

No **Hospital 2**, 100% dos pacientes relataram que receberam o atendimento de toda a equipe multiprofissional e avaliam o atendimento como: 30% ótima, 50% boa e 20% ruim a assistência prestada pelo médico; 70% ótima e 30% boa

assistência prestada pela equipe de enfermagem; 70% ótima, 30% boa a assistência prestada pelo assistente social; 30% ótima, 40% boa e 30% não responderam sobre a assistência prestada pela psicologia; 10% ótima, 80% boa e 10% não responderam sobre a assistência prestada pela fisioterapia; 70% boa, 30% ótima a assistência prestada pela fonoaudiologia; 50% ótima, 30% boa e 20% ruim a assistência prestada pela nutrição.

O hospital deve ter como propósito prestar assistência de forma resolutiva e humanizada, onde o usuário deve ser atendido por uma equipe multiprofissional que se responsabilize por ele durante toda a internação, a partir de projetos terapêuticos, integrando-o como sujeito ativo de seu trabalho (BUENO, 1997).

Tabela 6 – Análise da equipe multiprofissionais

ACOMPANHANTES do Hospital 1				
	OTIMO	BOM	RUIM	NÃO RESPONDERAM
Médico	80%	20%	0%	0%
Enfermagem	80%	20%	0%	0%
Assistente Social	50%	50%	0%	0%
Psicologa	50%	50%	0%	0%
Fisioterapeuta	60%	40%	0%	0%
Fonoaudiólogo	60%	40%	0%	0%
Nutricionista	50%	50%	0%	0%
ACOMPANHANTES do Hospital 2				
	OTIMO	BOM	RUIM	NÃO RESPONDERAM
Médico	90%	10%	0%	0%
Enfermagem	90%	10%	0%	0%
Assistente Social	80%	20%	0%	0%
Psicologa	80%	20%	0%	30%
Fisioterapeuta	70%	10%	0%	20%
Fonoaudiólogo	70%	30%	0%	0%
Nutricionista	60%	40%	0%	0%

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Na visão dos acompanhantes no **hospital 1**: atendimento foi considerada 80% ótima e 20% boa a assistência prestada pelo médico; 80% ótima, 20% boa a assistência prestada pela equipe de enfermagem; 50% ótima e 50% boa a assistência prestada pelo assistente social; 50% ótima e 50% boa a assistência prestada pela psicologia; 60% ótima e 40% boa a assistência prestada pela fisioterapia; 60% ótima e 40% boa a assistência prestada pela fonoaudiologia; 50% ótima e 50% boa a assistência prestada pela nutrição.

E no **hospital 2** a visão dos acompanhantes foi: 90% ótima e 10% boa a assistência prestada pelo médico; 90% ótima e 10% boa a assistência prestada pela equipe de enfermagem; 80% ótima, 20% boa a assistência prestada pelo assistente social; 80% ótima, 20% boa a assistência prestada pela psicologia; 70% ótima, 10% boa e 20% não responderam a assistência prestada pela fisioterapia; 30% boa 70% ótima a assistência prestada pela fonoaudiologia; 60% ótima e 40% boa a assistência prestada pela nutrição.

Como se percebe os acompanhantes também conseguem captar o cuidado da equipe com o paciente desta forma o processo de cuidar representa o interesse, a atenção, as considerações com o paciente e com os acompanhantes, cujo os objetivos devem incluir o alívio, o conforto, o apoio, a promoção da recuperação da saúde, fazendo com isso com que os indivíduos se sintam como um ser humano digno (WALDOW, 1998).

Na questão referente a comunicação sobre o quadro clínico e diagnóstico, bem como sobre o tratamento, 100% dos pacientes do **hospital 1** responderam que recebiam as informações e que estas eram repassadas pelo médico assistente. No **hospital 2**, 90% dos pacientes responderam que recebiam informações do médico assistente e 10% que não tinham recebido. A resposta dos acompanhantes para esta questão foi unânime entre os dois hospitais, 100% dos participantes responderam que receberam informações do quadro clínico do seu familiar e quem forneceu foi: a médica ou os enfermeiros ou outro profissional da equipe.

Na categoria **resultado**, foram analisadas as estatísticas, conforme um dos objetivos da pesquisa, que era a verificação da ocupação dos leitos de Retaguarda/UCP. Tanto o **hospital 1** como o **hospital 2** dispõem da mesma quantidade de leitos, sendo 20 leitos de retaguarda e 20 leitos de cuidados prolongados (UCP).

Tabela 7 – Ocupação dos leitos

Hospital 1		
	Retaguarda	UCP
Media dia	18,74 pacientes	3 pacientes
Media mês	93,70%	15%
Hospital 2		
	Retaguarda	UCP
Media dia	7,39 pacientes	13,29 pacientes
Media mês	36,95%	66,45%

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

No **hospital 1** a média de pacientes/dia é de 18,74 pacientes na retaguarda e, na UCP a média é 3 pacientes. A taxa mensal de ocupação em média é de 93,70% na unidade de retaguarda e 15% de ocupação na unidade de cuidados prolongados.

No **hospital 2** a média de pacientes/dia é de 7,39 pacientes na retaguarda e na UCP a média é 13,29 pacientes, com uma taxa mensal de ocupação em média de 36,95% na unidade de retaguarda e 66,45% de ocupação na unidade de cuidados prolongados.

A portaria nº 2.395 de 11 de outubro de 2011 cria leitos para servir de retaguarda para as portas de entradas, por meios de ampliação e qualificação de enfermarias clínicas a portaria traz algumas condições sendo uma dessas serem regulados pelas centrais de regulação e manter taxa de ocupação entre 85% no mínimo (BRASIL, 2011)

Referente às melhorias, elogios ou reclamações, destaca-se algumas opiniões de pacientes e acompanhantes do **hospital 1**:

Paciente 1: *Tudo está muito bom, a realidade aqui é bem diferente a encontrada na minha cidade de origem, recomendo e muito. (sic.)*

Paciente 2: *Aqui o atendimento é perfeito desde a recepção a limpeza, a equipe, todos atendendo muito bem. (sic.)*

CONCLUSÃO

Dos resultados da pesquisa pode-se concluir que os participantes apontaram elementos significativos em todas as categorias, sendo Estrutura, Processos e Resultados. Verificou-se que os dois hospitais avaliaram os serviços como de qualidade, pois a média de avaliação ficou entre ótima e boa, com alguns processos citados para serem melhorados cada um em sua realidade.

Os gestores ao responderem o questionário deixaram claro que procuram ao máximo seguir o que solicitam a portaria nº 2.395 de 11 de outubro de 2011 e Nota Técnica CONASS 28/2012 de retaguarda e de UCP, tentando manter a equipe multiprofissional completa.

Verificou-se uma falha nas ocupações das unidades, pois a portaria da retaguarda e UCP prevê uma ocupação de cada unidade de, no mínimo, 85%. Segundo os dados repassados pelos gestores de cada unidade constatou-se que o **hospital 1** está com uma ocupação acima do mínimo estipulado como satisfatório na unidade de retaguarda, mantendo em 93,70%, porém na UCP está bem abaixo da média com 15% apenas. No **hospital 2** verificou-se que as taxas das duas unidades estão abaixo da solicitada pela portaria nº 2.395 de 11 de outubro de 2011, sendo a retaguarda com uma ocupação mês de 36,95% e UCP de 66,5%. Considera-se, então que esta taxa de ocupação é um item a ser melhorado ainda pelas instituições.

Quanto aos recursos que as unidades dispõem para atendimento à população, a avaliação é de que estão de acordo com o preconizado na portaria do MS. As Retaguardas e UCP foram avaliadas por acompanhantes e pacientes como sendo de qualidade de acordo com a assistência oferecida aos usuários.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, N. P.; YOSHITOME, A. Y. Métodos de avaliação de resultados da assistência de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**. [online]. 2003, vol.56, n.1, pp. 52-56. ISSN 0034 7167. .
- BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 20 de mar. de 2002.
- _____. Constituição (2011). **Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. [S.l.] 2011.
- _____. Constituição (2011). **CONASS, Rede de atenção as urgências**. Brasília, 2012.
- BUENO, W.S. Boletim: construindo um gestor pleno. **Agir em saúde: um desafio para o publico**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 339- 352.
- Donabedian A. Os métodos e os resultados da avaliação da qualidade e monitoramento: uma análise ilustrada. Ann Arbor (MI): Health Administration Press; 1985.
- NOVAES, H. M. D, Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2000, vol.34, n.5, pp. 547-549. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000500018>.
- PAIVA, S.M.A **Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação**. 2006. 165f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- ; F e Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2007, vol.41, n.3, pp.478-484. ISSN 1980-220X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300019>.
- POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**. [online]. 2006, vol.59, n.4, pp. 548-551. ISSN 1984-0446. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400014>.
- STEFANELLI, M.C. Conceitos teóricos sobre comunicação. In STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (Org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005. Cap. 3, p. 28-46
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 599-613. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 825-839. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400002>

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998. 120 p.