



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

AVALIAÇÃO DAS UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO (UPA): UM ESTUDO DE
AVALIABILIDADE

RECIFE
2011

GRECIANE SOARES DA SILVA

**Avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA): um
estudo de avaliabilidade**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Linha de Pesquisa: Institucionalização da Avaliação

Orientador: Prof^ª Dr^ª Isabella Samico

Coorientador: Prof^ª Luciana Santos Dubeux

RECIFE
2011

GRECIANE SOARES DA SILVA

**Avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA): um estudo de
avaliabilidade**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Aprovada em: 08 de setembro de 2011

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eronildo Felisberto

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP

Profa. Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE

Profa. Dra. Isabella Samico

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo,
aos meus pais, aos meus irmãos e a
minha sobrinha pela felicidade
de tê-los comigo e pelo o amor que nos integra.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para elaboração deste trabalho. A Prof^a. Isabella Samico e a Prof^a. Luciana Dubeux pela confiança, paciência, apoio e atenção durante toda a realização deste trabalho, doando muito do vosso tempo acreditando na minha formação e crescimento profissional; a minha família e aos meus verdadeiros amigos pela força nas horas mais difíceis; a Eronildo Felisberto pelo carinho, acolhida, amizade e por acreditar no potencial de sermos melhores, justificando meu respeito a sua pessoa; a Yluska Reis por todas as sugestões dadas e pela disponibilidade sempre que foi solicitada; a todos os participantes do estudo pela disponibilidade e interesse em contribuir como estudo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Ti Deus que és digno de receber toda glória e mérito de minha vida. Foi em Teus átrios que repousei durante o cansaço da minha jornada, diante das quedas e tropeços era a Tua força que me erguia. Em Ti tenho a certeza que por mais íngreme que seja o caminho nunca estarei sozinha.

EPÍGRAFE

O consenso não significa comunhão de opinião,
mas sim vontade de compromisso.

Essa vontade só pode surgir de uma atitude crítica....

Há respostas concretas e locais para problemas históricos locais
que só se podem tornar visíveis a partir da vontade de discutir abertamente
as razões que temos para fazermos o que fazemos.

Elísio Macamo

RESUMO

Com a expansão da rede de atendimento às urgências e emergências o Ministério da Saúde lançou as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) integrante o componente pré-hospitalar fixo das Redes de Atenção Integral às Urgências. As UPA representam um novo estabelecimento de saúde de complexidade intermediária que visa estabelecer a relação das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família com a rede hospitalar. Considerando a importância da avaliação para as intervenções em saúde pública, este estudo teve como objetivo aferir a avaliabilidade das UPA, na Região Metropolitana do Recife no ano de 2011. Para tanto, realizou-se um estudo de avaliabilidade (EA), considerando a descrição da intervenção, delineamento do modelo lógico, envolvimento dos interessados e a construção de possíveis perguntas avaliativas. Foi empregada uma abordagem de três fases interativas utilizando para sua operacionalização a análise documental, entrevistas e Conferência de Consenso. Dentre as contribuições do EA tem-se a elaboração do instrumento auto-avaliativo, combinando a fundamentação teórico-científica com os métodos de consenso visando uma adequação à realidade local. Os resultados revelaram que as UPA encontram-se adequadas à realização de avaliações uma vez que, pôde-se verificar que os elementos identificados no modelo lógico são condizentes com as condições que a intervenção possui para alcançar suas metas e objetivos.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Urgência; Conferência de Consenso.

ABSTRACT

With the expansion of urgent and emergency care to the Ministry of Health launched the Emergency Care Units comprising the Prehospital care component of the Comprehensive Care Emergency. The UPA represent a new health facility of intermediate complexity that seeks to establish the relationship of the Basic Health Units / Family Health with the hospital network. Considering the importance of evaluation for public health interventions, this study aimed to the evaluability assessment of the Emergency Care Units under management IMIP / Hospital in the Metropolitan Region of Recife in 2011. To this end, an evaluability assessment (EA) was performed, considering the description of the intervention, delineation of the logical model, involvement of stakeholders and the possible construction of evaluative questions. An interactive three-stage approach was performed, using for its operational analysis, interviews and Consensus Conference. Among the main contributions of the EA is the development of a self-evaluation, combining theoretical and scientific methods with a consensus to fit the local reality. The results revealed that the Emergency Care Units that are managed by the Hospital-IMIP are appropriate for the assessments since it was observed that the elements identified in the logical model are consistent with the conditions that the intervention has to achieve their goals and objectives.

Keywords: Health Evaluation; Emergency Medicine; Consensus Development Conference.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPP – Contexto, Entrada, Processo e Produto (Context Input Process Product)

DP - Desvio-padrão

EA - Estudo de Avaliabilidade

GM – Gabinete do Ministro

IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

MS - Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

PDI - Plano Diretor de Investimento

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências

PNH - Política Nacional de Humanização

PPI - Programação Pactuada Integrada

RMR - Região Metropolitana de Recife

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS, QUADROS, FIGURAS

QUADROS: PÁG

Quadro 1: Matriz de medidas e julgamento das Unidades de Pronto Atendimento. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011. 51

Quadro 2. Considerações dos especialistas das Unidades de Pronto Atendimento. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011. 64

Quadro 3. Perguntas avaliativas relacionadas às Unidades de Pronto Atendimento segundo tipo de avaliação. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011. 64

FIGURAS: PÁG

Figura 1: Distribuição Espacial das Gerências Regionais de Saúde – Pernambuco, 2007. 31

Figura 2: Fases utilizadas para o estudo de avaliabilidade das Unidades de Pronto Atendimento. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011. 38

Figura 3: Modelo lógico simplificado das Unidades de Pronto Atendimento. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011. 40

TABELA: PÁG

Tabela 1: Matriz com critérios e indicadores para uma Unidade de Pronto Atendimento: resultados do consenso. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011. 44

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO.....	14
2.	INTRODUÇÃO.....	16
3.	JUSTIFICATIVA.....	27
4.	OBJETIVOS.....	29
4.1	Objetivo geral.....	29
4.2	Objetivos específicos.....	29
5.	MÉTODOS.....	30
5.1	Desenho do estudo.....	30
5.2	Local de estudo.....	30
5.3	Área de abrangência e período de referência.....	31
5.4	Fases de estudo.....	32
5.5	Considerações éticas.....	38
6.	RESULTADOS.....	39
6.1	Modelo Lógico.....	39
6.2	Conferência de consenso.....	41
6.3	Matriz de medidas e julgamento para as Unidades de Pronto Atendimento.....	49
6.4	Perguntas avaliativas.....	49
7.	DISCUSSÃO.....	66
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	73
9.	REFERÊNCIAS.....	74

1. APRESENTAÇÃO

O ato de avaliar é inerente ao ser humano percorrendo todos os ciclos de sua vida. Contudo, foi no campo profissional que senti a necessidade de realizar avaliações científicas e de fazer o uso das mesmas. Inserida no âmbito da saúde pública após a academia pude também constatar que apesar de especialista em saúde pública pouco sabia sobre a atenção secundária e terciária. Após o término do curso de Residência Multiprofissional em Saúde, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP tive a oportunidade de trabalhar no Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde –GEAS/IMIP que tem me propiciado novos conhecimentos.

Realizada uma busca bibliográfica nas bases indexadas, verificou-se poucos estudos a respeito do tema nos últimos cinco anos, despertando, assim, o interesse em realizar um Estudo de Avaliabilidade (EA) sobre as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Outro atrativo foi saber que o EA além de melhorar futuras avaliações pode ser uma estratégia de baixo custo e quando executado atua como catalisador para o processo de mudança do programa. Espera-se ainda que um EA consiga descrever o programa, se possível realizar o envolvimento dos interessados e identificar as questões fundamentais a serem abordadas no processo avaliativo. O EA pode ser realizado em qualquer fase da vida de um programa e seus resultados podem ser apresentados formalmente através de um plano de avaliação.

Dentro da proposta de regionalização as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) desempenham papel importante no atendimento secundário à saúde do Estado de Pernambuco. Na estruturação da rede de urgência e emergência vem contribuindo para diminuir a morbimortalidade por casos de natureza clínica, cirúrgica ou de trauma como

também visa reduzir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade. A primeira UPA do Estado foi inaugurada em janeiro de 2010, o pouco tempo de atuação desta intervenção já foi suficiente para despertar algumas curiosidades como: Qual o problema que a intervenção pretende equacionar? Quais as atividades desenhadas para resolver esse problema? Quais os possíveis componentes envolvidos na lógica desta intervenção? As Unidades de Pronto Atendimento estão prontas a receber avaliação?

Diante dos aspectos já considerados, este estudo propiciou uma maior aproximação com o tema, através dos conhecimentos adquiridos sobre as Unidades de Pronto Atendimento estudadas. Foram também objetivos deste trabalho descrever o processo do EA e seus resultados, envolver interessados na identificação de elementos-chaves a realização de avaliações, discutir as lições aprendidas e propor aos envolvidos uma matriz de auto-avaliação para tornar possível o uso dos resultados e o aperfeiçoamento da intervenção.

Este documento apresenta as seguintes partes: introdução, objetivos, método. Na parte dos resultados é apresentado o artigo científico fruto dessa dissertação que será submetido a uma revista para publicação, contendo os resultados, a discussão, as considerações finais e recomendações.

2. INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal Brasileira de 1988 a saúde passa a ser “um direito de todos e dever do Estado”¹, por meio de um sistema público e universal de saúde, visando o atendimento integral de seus cidadãos, com foco na melhoria da saúde da população, em todos os níveis de atenção ^{1,2,3}. Diante deste marco legal, o cidadão tem o direito às ações básicas de saúde, de média e alta complexidade, o que frequentemente tem se tornado um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS)². A herança de uma rede de saúde, inserida em uma política setorial cujos objetivos, amplitude e métodos divergiam inteiramente do SUS contribuiu para dificultar a adequação deste novo modelo às necessidades da população⁴.

Além da Atenção Integral à Saúde, o SUS possui como diretrizes organizacionais a descentralização e a participação social. A Lei nº 8.080/90 caracteriza a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo dando ênfase à descentralização e hierarquização da rede de serviços de saúde⁴. Nas políticas públicas, esta diretriz tem papel importante visto que o Brasil apresenta uma complexidade, caracterizada pela dimensão geográfica continental, estrutura econômico-social heterogênea, distribuição desigual de serviços e profissionais; além de grandes diferenças macro e micro-regionais⁵. Desta forma, dentro da concepção de gestão pública, os servidores mais próximos dos problemas de saúde da população são os que possuem uma melhor posição para contribuir com ferramentas de como enfrentar os problemas públicos⁶.

O SUS vem exercendo ações para que o Setor de Saúde seja de fato integrado e descentralizado com responsabilidades sanitárias compartilhadas como as relações

intergovernamentais apoiadas na norma constitucional. A exemplo disto tem-se as estratégias, mecanismos de articulação e integração das ações e serviços sob a gestão de diferentes entes federados. Assim, a descentralização foi aprofundada com o conseqüente envolvimento de vários atores na formulação e execução das ações promovendo maior democratização do setor, buscando melhorar o acesso, com ampliação da cobertura assistencial^{5,7}.

A descentralização possui como ferramenta importante a regionalização, processo de reconhecimento, definição e dinâmica dos espaços locais onde serão desenvolvidas as ações sanitárias articuladas segundo as necessidades da população. Esta estratégia é enfatizada na Lei Orgânica da Saúde (8.080) de 1990 e confirmada pela Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/SUS-93)⁸. A NOB/SUS-96 descreve os instrumentos para a realização da regionalização e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002, aperfeiçoaram as bases conceituais definindo as microrregiões e macrorregiões juntamente como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI)^{8,9}. No âmbito regional e estadual o PDI deve instituir os recursos necessários à sua implementação e desenvolvimento de acordo com ações pactuadas¹⁰.

O PDR deve estar em consonância com as necessidades da população contribuindo para que o acesso a todos os níveis de atenção à saúde se faça o mais próximo da residência dos usuários¹¹. A qualidade do acesso, juntamente com a priorização da atenção básica e da média complexidade são aspectos fundamentais para o desenvolvimento dos municípios. Esses temas foram abordados na XII e XIII

Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente em 2003 e 2007, onde se fortaleceram as diretrizes da regionalização¹².

Dentro deste modelo de regionalização, a portaria n. 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) que definiu as diretrizes de regionalização da atenção às urgências¹³. Esta apresenta dentre seus objetivos garantir a universalidade, a equidade e a integralidade nos atendimentos às urgências, por meio da organização de redes locais. Entretanto, as condições para ordenar o funcionamento destas unidades de urgência ocorrem efetivamente com as portarias n. 1.863, n. 1.864/2003 e n. 2.048/2003.

No processo de envolvimento entre os gestores de determinados territórios surgem novas práticas de gestão na tentativa de implementar o Sistema Único de Saúde, principalmente na década de 90³. Contudo, Marques e Lima¹⁴ alegam que o modelo adotado nesta década é insuficiente uma vez que não conseguiu um resultado que satisfizesse as necessidades da população.

Morales¹⁵ ressalta que a década de 90 é marcada por três faces da crise de governança do Estado Contemporâneo: uma financeira, outra, administrativa - ineficiência em administrar as organizações estatais e a terceira, modo inadequado de intervenção do estado nas atividades sociais e econômicas. Essa crise levou os governos a reverem as políticas de bem-estar, resultando na precarização dos serviços sociais. Como alternativas apresentadas para reordenar a intervenção estatal, este autor traz três possíveis formas de organizar a provisão de serviços e atividades que asseguram direitos sociais.

A primeira é a que se faz diretamente através das organizações estatais, que é justamente a maneira associada à crise de governança que precisa ser superada. A segunda é deixar que o mercado regule a prestação dos serviços, privatizando ou terceirizando, que é a alternativa de minimizar o Estado, tentada por governos conservadores, que não produziu os resultados esperados, sobretudo no plano social. A terceira é a desestatização, mantendo o caráter público dos serviços; trata-se de modalidade em que o Estado financia as políticas sociais através de instituições públicas não pertencentes ao Estado, nem à esfera privada¹⁵.

Dentro do cerne da administração pública o estado brasileiro, nas últimas décadas, aderiu às figuras da administração indireta ou, às fundações de direito privado, de apoio à administração direta e, mais recentemente, às Organizações Sociais¹⁶. Tais organizações, não estatais ou privadas, têm cada vez mais prestado serviços sociais públicos, ocupando os espaços vazios deixados pelo mercado e pelo Estado. São em geral instituições sem fins lucrativos com grande diversidade de formas e nomes, como as organizações não governamentais, organizações religiosas, entidades assistenciais. Os serviços ofertados são diversificados como educação, formação e pesquisa, desenvolvimento e promoção social, serviços de saúde preventivos e hospitalares, serviços assistenciais e culturais entre outros¹⁵. A relação entre as Organizações Sociais e o Estado é firmada por meio do contrato de gestão, sendo esse compreendido como dispositivo de diálogo e contratação de compromissos e responsabilidades em torno de metas e objetivos firmados de acordo com as necessidades das partes que negociam¹⁷.

Esta alternativa de gestão em parceria público-privado intensifica-se diante da ineficácia dos esforços realizados pelos gestores na tentativa de implantar a NOAS 01/02, sobretudo nos estados e municípios. Neste sentido, pode-se observar um

desacerto “uma vez que nem todos os estados se encontram no mesmo momento de evolução, surgindo, assim, a necessidade de uma nova estratégia de operacionalização do SUS no Brasil”¹³.

Com o objetivo de superar o descompasso evolutivo entre os estados e promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, são editadas as Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699 GM/MS de 30 de março de 2006 quando os gestores das três esferas de gestão (União, estados e municípios) pactuaram o compromisso com a saúde do povo brasileiro mediante o conjunto de reformas institucionais contidos no Pacto pela Saúde^{5,18, 19}. Entre seus objetivos pode-se destacar o aperfeiçoamento e definição das responsabilidades sanitárias e de gestão por meio de três componentes: o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão. O pacto pela vida traz metas prioritárias nacionais, estaduais e municipais que apresentem impacto para a saúde da população brasileira; o pacto em defesa do SUS visa qualificar e assegurar o SUS como política pública, mediante iniciativas como novas modalidades de gestão, ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais em prol da saúde e da cidadania, fiscalização transparente e controle social. As diretrizes do pacto de gestão estão voltadas para a regionalização, planejamento, programação pactuada integrada, descentralização, regulação, participação social, gestão na educação da saúde e do trabalho e financiamento^{5,18, 19}.

Mesmo com a instituição de portarias, há ainda uma inesgotável procura aos serviços de urgência, o que para muitos gestores é a “válvula de escape da população à procura de assistência médica”²⁰. A superlotação nas portas hospitalares das emergências é um fenômeno bem conhecido dos gestores, gerentes, usuários e população. Com seu impacto negativo para os pacientes constitui um motivo de crítica

ao modelo assistencial à saúde causando problemas de difícil gerenciamento²¹. Resultados apresentados em estudo desenvolvido por Furtado *et al*²² revelaram a utilização de um hospital de grande porte para atendimento de casos inadequados, considerado como “porta de entrada” do Sistema de Saúde Pública, acarretando um excesso de demanda, acúmulo de tarefas, sobrecarga profissional e aumento dos custos hospitalares. Para os mesmos autores este fato aponta para ineficácia do sistema de saúde na organização da rede de atenção primária.

Para Marques e Lima¹⁴ a falta de definições políticas, a baixa resolubilidade e qualidade oferecida nos serviços, aliada à dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população estão entre os motivos que levam o usuário a buscar a assistência médica onde exista porta aberta. Se o usuário não tem suas necessidades resolvidas, desloca-se para outros serviços, acessando o sistema por onde é possível rompendo a hierarquia dos serviços no SUS, estabelecidas em nível primário, secundário e terciário, comprometendo a qualidade dos programas^{14,23,24}.

O aumento da demanda no nível terciário é oriundo da incapacidade resolutiva dos serviços básicos e secundários de saúde em resolver as carências no primeiro atendimento em cuidado em saúde. Pode-se afirmar que esse aumento da demanda nos serviços de emergência é um problema mundial que pode ocorrer tanto na rede privada como na pública. Esta situação levou governantes e gestores de saúde a iniciarem, nesta área, um projeto de reforma no intuito de reverter este quadro. O Ministério da Saúde, mediante a portaria nº 2.048/GM, estabelece princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços envolvendo temas como plano estadual de atendimento às

urgências e emergências, regulação médica, atendimento hospitalar, pré-hospitalar e pré-hospitalar móvel^{25,26}.

A insatisfação da população com os serviços prestados pelo SUS foi apontada na pesquisa “A saúde na Opinião dos Brasileiros” onde os mesmos relataram a demora em resolver seus problemas de saúde; o tempo de espera para ser atendido pelo médico e equipe de enfermagem e a péssima recepção dos serviços de saúde. Para mudar tal realidade o programa QUALISUS busca elevar o nível de qualidade da atenção à saúde com vistas a garantir a satisfação do usuário com o sistema de saúde. Para isso define eixos operacionais como: implantar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); instalar a central de regulação de emergência; organizar e melhorar a qualidade do atendimento nos hospitais de emergência; definir a retaguarda de leitos hospitalares e atenção domiciliar; organizar a rede não hospitalar de emergência. A implantação do serviço de atendimento móvel às urgências (SAMU) e unidades pré-hospitalares fixas de atendimento às emergências compõe um subsistema que uma vez organizado pode auxiliar a conter e organizar a demanda aos serviços de emergência, com atuação integrada conformando uma Rede de Atenção Integral às Urgências²⁷.

Para Bittencout e Hortale²⁷ diante dos entraves do atual modelo de atenção nos serviços de emergência, pode-se apontar como caminho de superação um modelo com caráter sistêmico, voltado para o usuário, com redefinição e integração das vocações assistenciais, reorganização de fluxos e repactuação do processo de trabalho.

A PNAU é composta por documentos os quais contextualizam a insuficiente oferta de serviços no atendimento pré-hospitalar, necessitando de serviços intermediários de complexidade²⁵. Médias e grandes regiões metropolitanas têm

escolhido, seguindo a PNAU e a Política Nacional de Humanização (PNH) pela organização de uma rede assistência às urgências, através da atenção básica²¹.

Como expansão da rede de atendimento às urgências e emergências tem-se a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), integrante do componente pré-hospitalar fixo das Redes de Atenção Integral às Urgências. Configura-se por unidades de saúde não hospitalares com complexidade intermediária que visam estabelecer a relação das unidades básicas de saúde/ Saúde da Família com a rede hospitalar. No processo de regionalização a sua integração ao SAMU e a atenção básica diferencia a UPA dos demais serviços de pronto atendimento^{21,28,29}.

No âmbito de suas atribuições as UPA devem atender a demanda nas 24 horas, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de média complexidade, estabilizar os casos graves como também fornecer a retaguarda às unidades de atenção básica e a estabilização dos casos graves. Devem ainda possuir estrutura física, recursos humanos, e tecnologia compatíveis com seu importante papel na assistência à saúde da população^{29,21}.

Dentro da proposta de regionalização e hierarquização dos serviços no SUS, as UPA desempenham papel importante no atendimento secundário à saúde contribuindo também na diminuição da procura pelo atendimento nos hospitais de grande porte. Nas áreas onde estão estabelecidas são estruturadas para cumprir os princípios de regionalização e hierarquização²⁰. Portanto, essas unidades constituem importante porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, podendo resolver o caso ou dependendo da necessidade, encaminhar para internação hospitalar através do SAMU e da Regulação Médica, ou redirecionar para a atenção básica^{21, 25, 29}. A UPA surge para

“desafogar” as grandes emergências dos hospitais públicos e dentro das suas características podemos citar o encaminhamento de pacientes graves para hospitais, funcionamento em horário integral, atendimento pediátrico, clínica médica e odontologia³⁰. Espera-se que a UPA, organizada a um subsistema de atenção, atuando de forma integrada e em rede, venha a contribuir para conter a alta demanda aos serviços de emergência²⁷.

No âmbito das políticas de saúde a avaliação vem se estruturando no cerne das organizações. Um dos fatores envolvidos neste interesse são as mudanças nos procedimentos legais e administrativos do SUS³¹. Os custos crescentes da assistência confrontados com o limite de recursos para operaciolizá-los inflama a necessidade de práticas avaliativas. A avaliação contribui para conhecer o objeto e aprimorá-lo, com isso os gestores anseiam por instrumentos capazes de auxiliá-los a realizar uma avaliação dos serviços de forma orientada³².

Para Contandriopoulos a prática avaliativa torna-se então essencial ao processo de tomada de decisões devido a sua importância enquanto julgamento de valor. Entretanto, os resultados de uma avaliação não devem ser traduzidos automaticamente em uma decisão, deseja-se que haja contribuição para o julgamento da situação com maior validade onde as informações produzidas pela avaliação possam influenciar positivamente as decisões a serem tomadas^{33, 34}.

Apesar da NOAS SUS 01/02 estabelecer que avaliação deve fazer parte da rotina das ações de saúde de forma sistemática, no Brasil a avaliação em saúde ainda ocorre de forma incipiente pouco incorporada às práticas^{34,35,36,37}. Para Felisberto³⁸ é essencial ter a avaliação como prática ‘introjetada’ ou “vivenciada” pelos atores institucionais uma

vez que “o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional”.

Os Sistemas de Saúde no mundo inteiro passam por crises que exigem mais dos seus gestores quanto a equacionarem as necessidades crescentes da população com os novos conhecimentos e tecnologia disponíveis³⁹. Para Reis⁴⁰ as demandas do SUS requerem novas tecnologias e metodologias de gestão que envolvem a qualificação dos serviços, satisfação dos usuários, humanização no atendimento, a co-gestão entre estados e municípios, além do processo de avaliação permanente de serviços e sistemas de saúde.

Considerando o período recente de implantação das UPA no estado e que as mesmas vêm desempenhando importante papel na estruturação do modelo de atenção a saúde em Pernambuco, é fundamental o desenvolvimento de um estudo de avaliabilidade visando à construção de subsídios para futuras avaliações.

O Estudo de Avaliabilidade (EA) compreende as ações que precedem a etapa inicial do processo avaliativo para determinar se um programa está pronto para receber uma avaliação num dado momento, proporcionando aos interessados um maior entendimento sobre o mesmo. Thurston e Potvin⁴¹ enfatizam que o EA pode ser desenvolvido em qualquer período do programa não sendo um procedimento técnico que é aplicado uma vez por todas no início da avaliação. O investimento do EA antes de uma avaliação é uma estratégia custo efetiva para aumentar a qualidade dos serviços, conservar recursos e reorientar o destino desses para necessidades essenciais^{42, 43, 44}. O EA além de identificar áreas prioritárias para avaliação pode verificar a diversidade da compreensão dos componentes da intervenção entre os diferentes profissionais⁴⁵. Como

resultados esperam-se uma descrição do programa, das questões fundamentais a serem utilizadas na avaliação, um consenso entre os interessados sobre esses aspectos e um plano de avaliação^{41, 46, 43}. Uma proposta de avaliação formal pode ser apresentada como produto final de um estudo de avaliabilidade⁴¹.

Vanderheyden *et al*⁴⁶ usaram as lições aprendidas durante a experiência do estudo de avaliabilidade para auxiliar em investigações emergentes ou já existentes de outros programas. Os estudos internacionais sobre avaliabilidade tem seu propósito voltado para desenvolver, esclarecer, ou modificar o programa, muitas vezes utilizando a avaliabilidade para desempenhar a função de uma avaliação formativa. No Brasil esses estudos se empenham a descrever o programa, identificando seus objetivos com os interessados visando uma avaliação futura^{43, 44}.

Nesta perspectiva, este trabalho pretende aferir a Avaliabilidade das UPA, no ano 2011 considerando as seguintes questões: Quais são os componentes fundamentais para o funcionamento das UPA? Quais as possíveis discrepâncias observadas à luz da lógica que interliga componentes, atividades e resultados da intervenção? Quais os critérios e indicadores considerados importantes pelos interessados da intervenção para a realização de uma futura avaliação? Quais as áreas da intervenção que precisam ser avaliadas?

3. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A demanda reprimida para a assistência de urgências pré-hospitalares;
- A relevância do processo de implantação da assistência às urgências para a consolidação do SUS;
- As Unidades de Pronto Atendimento como política vigente no que se refere à oferta dos serviços de urgência;
- A expansão das Unidades de Pronto Atendimento na prestação dos serviços públicos;
- A inovação na gestão da rede pública de saúde no estado de Pernambuco por meio da parceria pública-privada;
- A incipiência de estudos avaliativos a respeito desta estratégia.

Este estudo torna-se relevante, pois:

- Identificará os consensos sobre o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento;
- Contribuirá para um melhor entendimento dos profissionais envolvidos sobre a intervenção (Unidade de Pronto Atendimento – UPA);
- Possibilitará reflexões acerca dos aspectos fundamentais à implantação das Unidades de Pronto Atendimento no Estado de Pernambuco;

- Contribuirá com o desenvolvimento de estudos avaliativos das Unidades de Pronto Atendimento e a identificação de áreas prioritárias para avaliação.

Desta forma este estudo pretende responder a seguinte pergunta avaliativa: em que medida as Unidades de Pronto Atendimento estão estruturadas para realização de uma avaliação?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Aferir a avaliabilidade das Unidades de Pronto Atendimento.

4.2 Objetivos específicos

- Elaborar o modelo lógico das Unidades de Pronto Atendimento;
- Elaborar a matriz com critérios e indicadores para avaliação das Unidades de Pronto Atendimento;
- Construir uma matriz de medidas e julgamento como proposta de instrumento de auto-avaliação das Unidades de Pronto;
- Identificar possíveis perguntas avaliativas para futuras avaliações das Unidades de Pronto Atendimento.

5. MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de um Estudo de Avaliabilidade, com abordagem descritiva-quantitativa com apreciação de aspectos relativos à estrutura e ao processo.

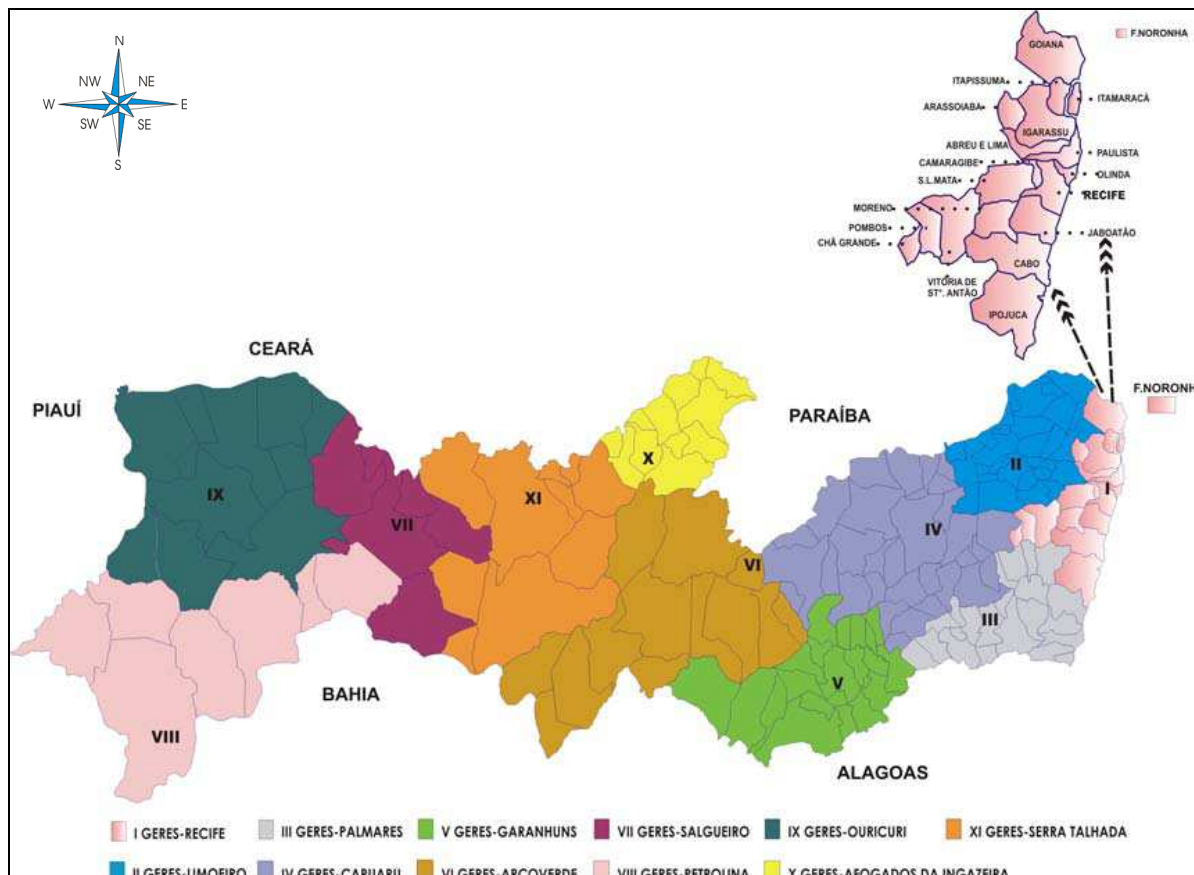
5.2 Local de estudo

Esse estudo foi desenvolvido na Região Metropolitana do Recife (RMR) do Estado de Pernambuco. Esta região situa-se no centro da faixa litorânea nordestina, configura uma faixa alongada no sentido norte-sul situado no litoral pernambucano (Figura 1) e integra as seis regiões metropolitanas brasileiras⁴⁷. Possui como limites ao Norte o Estado da Paraíba, ao Sul a III Região de Saúde, ao Leste o Oceano Atlântico e ao Oeste as II, III e IV Região de Saúde^{47, 48}.

Conforme o Plano Diretor de Regionalização a assistência à saúde no estado de Pernambuco, a RMR é representada pela I Gerência Regional de Saúde (I GERES) (Figura1), seus municípios têm como sede de Microrregional o município de Recife⁴¹. A partir de 2010 a I GERES passou a contar com as UPA na prestação dos serviços concernentes a Urgência e Emergência nesta localização.

A Fundação Professor Martino Fernandes-IMIP-Hospitalar qualificada como Organização Social atua na gestão das UPA localizadas nos municípios de Olinda, Igarassu, Paulista, Barra de Jangada, Cabo de Santo Agostinho, Engenho Velho e São Lourenço.

Figura 1. Distribuição Espacial das Gerências Regionais de Saúde – Pernambuco, 2007.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde/ Caderno de informações em saúde I GERES (Recife, 2007)

5.3 Área de abrangência e período de referência

Neste estudo foram consideradas como unidades de análise as Unidades de Pronto Atendimento – UPA da região metropolitana do Recife que estão sob gestão do IMIP – Hospitalar no período de maio de 2010 a agosto de 2011.

5.4 Fases de estudo

O estudo foi desenvolvido em três fases interativas adaptadas do estudo de Vanderheyden *et al*⁴⁶ (Figura 2): 1) Construção e sistematização do modelo lógico; 2) Estabelecimento do consenso com os interessados sobre os elementos-chaves do modelo lógico para avaliações futuras; 3) Desenvolvimento de uma matriz de medidas e julgamento como proposta de instrumento de auto-avaliação das UPA e identificação de possíveis perguntas avaliativas para avaliação das UPA.

1ª FASE: Construção do Modelo lógico e da Matriz com critérios e indicadores

Na avaliação de um programa é importante que se tenha clareza sobre o mesmo de modo a permitir uma correta abordagem avaliativa. A elaboração do modelo lógico detalha os componentes de um programa de forma clara e norteadora, permitindo de forma visual a percepção objetiva do funcionamento do mesmo^{49, 50}. Além de favorecer o entendimento comum acerca do problema que se quer resolver, dos objetivos e resultados esperados e do processo necessário para alcançá-los⁵¹.

Desenvolver o modelo lógico é um ponto de partida essencial para efetivação do processo avaliativo de uma intervenção, uma vez que a relação entre os elementos da avaliação ocorre mais fácil quando a lógica da intervenção foi claramente expressa^{52, 53}. Na sua construção pode-se lançar mão de várias fontes como normas técnicas, pesquisas prévias, experiências dos gestores e avaliadores⁵⁴.

A construção do modelo lógico das UPA foi subsidiada pela análise dos seguintes documentos normativos: Portaria GM/MS nº 1.020/2009; Portaria GM nº 1.863/ 2003; Portaria GM/MS 2.048/ 2002; Política Nacional de Urgência; Contrato de

gestão entre o Estado de Pernambuco e a Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar; Arquivo dos relatórios mensais das UPA^{25, 29, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69}.

Na análise documental para o delineamento do modelo lógico considerou-se as seguintes questões: Quais são os componentes que melhor representam esta intervenção? Que atividades são necessárias para executar esta intervenção? Quais são os recursos disponíveis e necessários para alcançar os objetivos e resultados desta intervenção? Que resultados podem ser alcançados a curto, médio e longo prazo?

Como revérbero ao modelo lógico foi construída uma matriz com dimensões, subdimensões, critérios e indicadores que pudesse transmitir a operacionalização da intervenção de forma a viabilizar uma maior percepção aos diferentes atores envolvidos⁷⁰. Para analisar se as atividades realmente ocorreram como apontadas no modelo lógico é necessário que as mesmas estejam detalhadas de acordo com as necessidades de mensuração. A elaboração de uma matriz com os critérios/indicadores e parâmetros e as fontes de informação a serem consideradas é um passo necessário à implementação da avaliação⁴⁹.

De posse da primeira versão da matriz de critérios e indicadores iniciou-se a segunda fase do estudo.

2ª FASE: Realização do consenso entre os especialistas

Várias técnicas podem ser utilizadas para conseguir o consenso entre os especialistas, como o comitê tradicional, o método Delfos, o grupo nominal e a Conferência de Consenso⁵⁴.

Neste estudo a técnica utilizada foi a Conferência de Consenso utilizada por Souza *et al.*⁷¹ e Reis⁴⁰, técnica mista realizada em três etapas as quais possibilitam a discussão aberta entre os participantes e a preservação do anonimato. Na primeira etapa os especialistas preencheram uma matriz disponibilizada via *web*; a segunda etapa foi caracterizada pelo encontro presencial para discussão aberta entre os participantes e na terceira etapa uma nova matriz foi enviada via *web* para nova apreciação dos especialistas.

A comissão de especialistas foi formada por 16 participantes selecionados em função de seu protagonismo no contexto de implantação da intervenção^{36, 72}: coordenadores (4) médicos (4), enfermeiros (2), assistentes sociais (4) e especialistas em avaliação (2). A escolha dos profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais foi feita a partir da consulta aos coordenadores das UPA, sendo selecionados os profissionais não envolvidos com a gestão. Os especialistas em avaliação foram selecionados pela inserção nas áreas de gestão e avaliação e pela produção científica sobre o tema em questão⁴⁰.

Etapa I: Cada participante recebeu via e-mail um link específico e individual que o direcionava a uma página contendo a matriz com as dimensões, subdimensões, critérios e indicadores. Para cada um deles, o especialista atribuiu uma nota de zero a dez de acordo com o grau de importância para se avaliar uma UPA. Para cada critério e indicador o pesquisador poderia adicionar comentários. A nota zero era sem importância ou indicativo de exclusão devendo, portanto, ser justificada. As respostas de cada especialista eram armazenadas individualmente em uma base de dados para posterior análise. O sistema gerenciador de banco de dados utilizado foi o MySQL

versão 4.1.22 e o site foi desenvolvido utilizando PHP versão 5.0 e Adobe Flash versão 8.0.

Etapa II: Foi realizado um encontro presencial com os especialistas que atuaram como informantes-chave para discutir o consolidado das respostas da etapa anterior, possibilitando reflexões à luz das experiências, conhecimentos vividos e acumulados de cada um. Ao final desta discussão foi formada uma nova matriz com as notas e sugestões dos participantes. Neste encontro também foi apresentada para apreciação dos especialistas a proposta do modelo lógico das UPA .

Etapa III: Na terceira e última etapa foi feita uma adaptação da técnica da Conferência de Consenso. O objetivo foi obter o consenso a respeito do produto da etapa anterior com um maior número de participantes, propiciando maior aproximação dos conhecimentos, integração de experiências e sugestões com os participantes que não puderem comparecer à segunda etapa.

Após o consolidado das respostas foi calculada a média aritmética e o desvio-padrão para classificar os componentes da matriz quanto à importância e ao consenso dos especialistas, respectivamente. Os pontos de corte usados na classificação foram de sete para a média e de três para o desvio-padrão, com base nos pontos de corte usados por Souza *et al.*⁷⁰ e Reis⁴⁰

Desta forma, as dimensões, as subdimensões, os critérios e os indicadores foram enquadrados em quatro grupos, seguindo a classificação proposta por Souza *et al.*⁷⁰ e Reis⁴⁰ da seguinte forma:

- A) Consensualmente importantes: dimensões, subdimensões, critérios e indicadores com desvio-padrão inferior a três, indicando grau de consenso elevado e média igual ou superior a sete, indicando grau de importância elevado;
- B) Consensualmente pouco importantes: dimensões, subdimensões, critérios e indicadores com desvio-padrão inferior a três, contudo com média inferior a sete indicando baixo grau de importância;
- C) Importantes com dissenso: dimensões, subdimensões, critérios e indicadores com média superior ou igual a sete e desvio-padrão maior ou igual a três, indicando que prevaleceu a discordância entre os especialistas;
- D) Pouco importantes com dissenso: dimensões, subdimensões, critérios e indicadores com média inferior a sete e desvio-padrão superior ou igual a três.

3ª FASE: Construção da matriz de medidas e julgamento e identificação das perguntas avaliativas

A terceira fase referida neste estudo é composta pela elaboração da matriz de medidas e julgamento como proposta de um instrumento de auto-avaliação e pelo conjunto de perguntas avaliativas que subsidiarão outros estudos avaliativos.

O instrumento de auto-avaliação visa auxiliar as avaliações formativas das Unidades de Pronto Atendimento, com características de uma metodologia rápida, como utilizado nos estudos de Felisberto *et al*⁷³ e Oliveira *et al*⁵⁴.

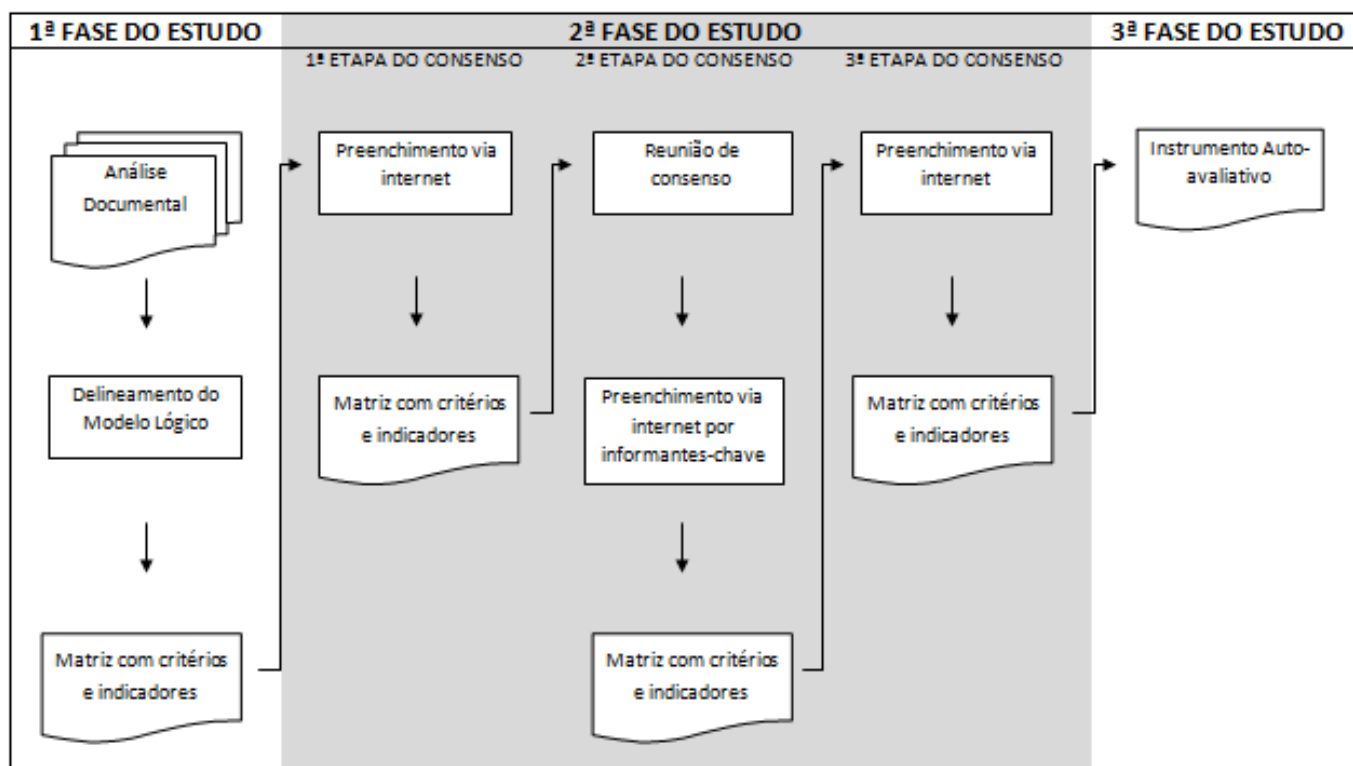
A proposta deste instrumento sobreveio da matriz de critérios e indicadores submetida à análise de vários níveis de decisão através da Conferência de Consenso como também da adaptação dos *checklists* “institucionalização da avaliação”, “modelo

de avaliação CIPP (*context, input, process, and product evaluation*)” ambos de Stufflebeam⁷⁴, “avaliação da capacidade organizacional”, de Volkov e King⁷⁵, por meio da seguinte pergunta: Como uma UPA pode avaliar suas ações visando a melhoria do serviço?

Foram consideradas, quando pertinentes, a pontuação adaptada dos estudos realizados por Felisberto *et al*⁷³ e Samico *et al*⁷⁸ considerando aspectos relacionados à coerência, clareza e objetividade dos critérios; as metas contratualizadas entre UPA e SES/PE e as observações da equipe dos especialistas envolvidos na Conferência de Consenso.

A formulação das perguntas avaliativas pelos envolvidos no Estudo de Avaliabilidade teve como base o enriquecimento adquirido durante o processo do Estudo de Avaliabilidade, envolvendo os interessados a partir de um roteiro de questões abertas, como: Cite algumas das suas principais preocupações em relação à UPA?; Em sua opinião, quais são as principais perguntas que você gostaria que uma avaliação respondesse? Como você usaria as informações produzidas por essas perguntas? (Você utilizaria as respostas para tomar decisões, para lhe trazer esclarecimentos?)⁷⁶. De posse das respostas as perguntas avaliativas foram categorizadas segundo tipo de análise. Essas perguntas não só ajudam a explicar a lógica do programa, como também propiciam uma base para a proposta de avaliação⁴¹.

Figura 2: Fases utilizadas para o estudo de avaliabilidade das Unidades de Pronto Atendimento. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011.



5.5 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, registro nº 2160-11. Sendo garantido o anonimato dos participantes do estudo onde nenhum participante passou por constrangimento ou prejuízo em relação aos pesquisadores e às instituições participantes.

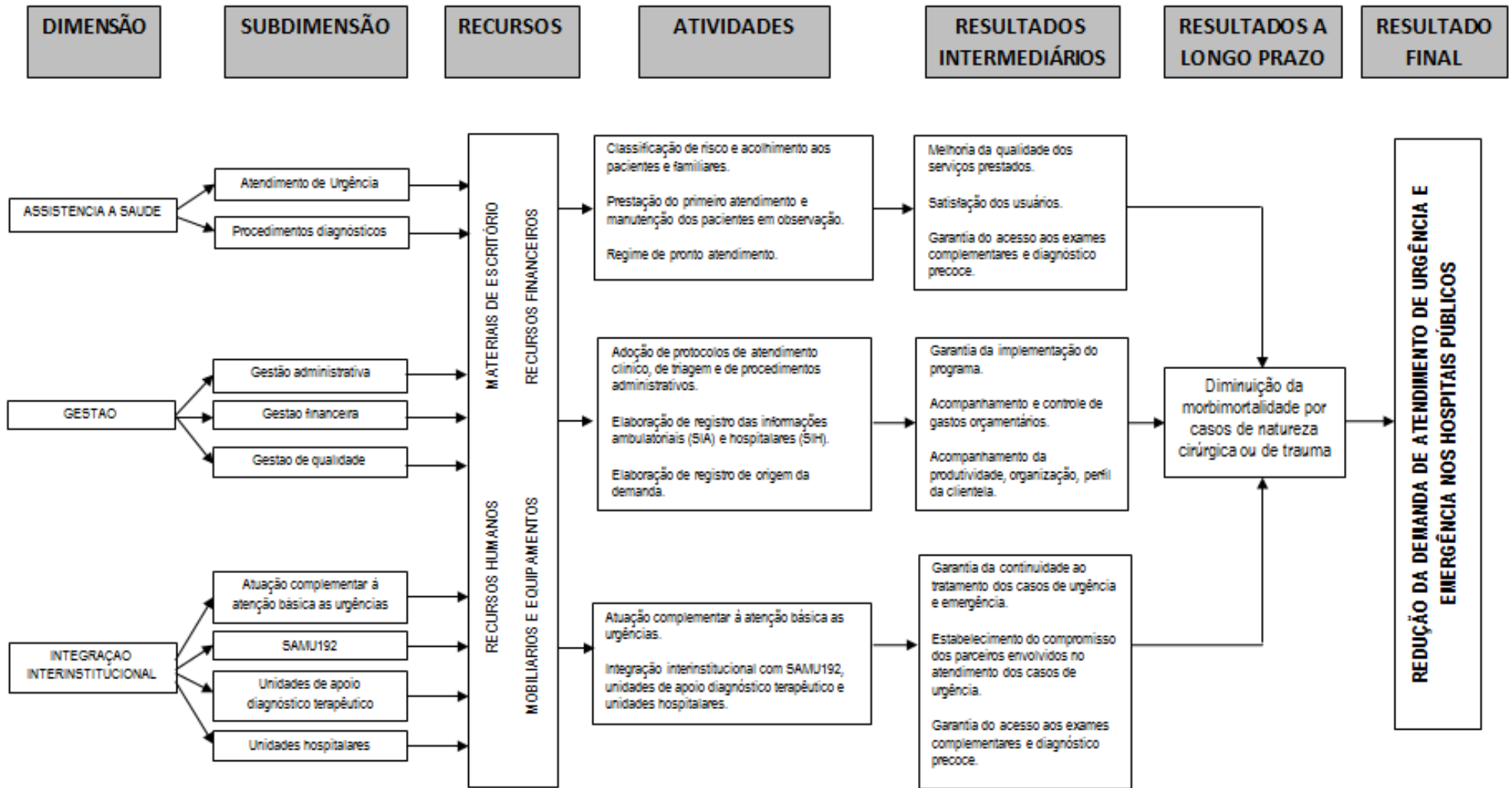
6. RESULTADOS

6.1 Modelo Lógico

O modelo lógico delineado neste estudo expressa três dimensões com respectivas subdimensões: Assistência à saúde (subdimensões: Atendimento de urgência e Procedimentos diagnósticos), Gestão (subdimensões: Gestão administrativa, Gestão financeira e Gestão de qualidade) e Integração interinstitucional (subdimensões: Atuação complementar à atenção básica as urgências, SAMU192, Unidades de apoio diagnóstico terapêutico e Unidades hospitalares). Para cada componente consideram-se os insumos, as atividades e os resultados esperados (Figura 3). De tal forma que os elementos considerados essenciais para representar a operacionalização das UPA ficaram traçados em uma lógica que auxilia os envolvidos da intervenção a sua melhor compreensão.

A dimensão Assistência à saúde é composta pelas atividades de prestação de serviços de saúde, entendida como eixo principal da intervenção, responsável pelo desenvolvimento de ações diretas com os usuários. A dimensão Gestão caracteriza-se pelas funções gerenciais concernentes à organização e administração da intervenção. A dimensão Integração interinstitucional visa à relação com outras instituições de atenção à saúde do sistema locorregional.

Figura 3. Modelo lógico simplificado das Unidades de Pronto Atendimento. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011.



6.2 Conferência de consenso

Na primeira etapa da conferência houve prevalência do consenso, embora tenha sido destaque o considerável número de dissenso de 47 (28%) critérios e indicadores. A matriz de critérios e indicadores encaminhada na primeira etapa aos especialistas era formada por 3 dimensões, 9 subdimensões, 84 critérios e 84 indicadores. Como resultado desta etapa pode-se constatar que houve consenso nas dimensões e subdimensões. Dos 84 critérios 70 foram classificados como importantes consensualmente, 1 foi classificado consensualmente como não importante e 13 critérios tiveram dissenso na sua classificação, destes 9 foram classificados como não importantes. Quanto aos indicadores, em 34 houve dissenso e dos 50 indicadores em consenso, 41 foram classificados como importantes.

Na segunda etapa na reunião presencial com os especialistas, compareceram cinco informantes-chave e destes, três haviam participado do primeiro momento. O encontro propiciou um olhar sobre o delineamento do modelo lógico da intervenção UPA (Figura 3). Os componentes, atividades, estrutura e resultados do modelo lógico puderam ser identificados como reflexo nos componentes da matriz de critérios e indicadores submetida ao consenso. As principais contribuições dos informantes-chave foram quanto ao objetivo e ao resultado final da intervenção: objetivo geral da UPA estaria centrado na ampliação de acesso e na qualidade dos atendimentos de Urgências e Emergência e como resultado final tem-se a redução da demanda de atendimento de urgência e emergência nos hospitais públicos.

Nessa segunda etapa, os especialistas pontuaram a matriz em sua versão inicial, de tal forma que houve consenso para as 3 dimensões, 9 subdimensões e para os 84

critérios, destes 1 foi classificado como não importante. Quanto aos indicadores, houve consenso em 84, destes, 1 foi classificado como não importante.

Na terceira e última etapa da Conferência de Consenso, a matriz apresentou (Tabela 1), consenso para as 3 dimensões, 9 subdimensões, 77 critérios e 74 indicadores. No tocante às dimensões a que obteve maior grau de importância foi a assistência à saúde (média = 9,4 e desvio-padrão = 1,2), seguida pela dimensão gestão (média = 9,2 e desvio-padrão = 1,0) e integração interinstitucional (média = 9,0 e desvio-padrão = 1,5). Quanto às subdimensões, a soma das maiores médias se concentrou na mesma ordem das dimensões: dimensão assistência à saúde, seguida da dimensão gestão e da integração interinstitucional. No entanto, chama a atenção o fato de que a maior média (9,4) foi para a subdimensão gestão da qualidade e a segunda maior média (9,2) está na subdimensão integração interinstitucional à Atenção Básica.

Quanto aos critérios, as maiores médias se concentraram na dimensão assistência à saúde. Houve dissenso em 7 (8%) critérios, destes 3 (3%) encontravam-se na dimensão assistência à saúde, foram eles: Sala para exame diferenciado – odontologia, Atendimento de casos de natureza cirúrgica ou de trauma e Arquivo de chapas. Os 4 (5%) que estavam na dimensão gestão foram Sala de reuniões, Sala de lavagem e descontaminação dos materiais, Sala de utilidades e Sala de estar para funcionários.

Dos 9 indicadores em dissenso, 5 (6%) estavam em assistência à saúde: Adequação da sala para exame diferenciado – odontologia, Adequação da sala de higienização, Porcentagem de consultas de clínicas ortopédica/mês especificado em contrato, Adequação do arquivo de chapas e Adequação dos quartos individuais e respectivos banheiros. Os 4 (5%) na dimensão gestão foram Adequação da sala de

reuniões, Adequação da sala de lavagem e descontaminação dos materiais, Adequação da sala de utilidades e Adequação da sala de estar para funcionários.

Vale ressaltar que o critério 'sala de odontologia' obteve menor grau de importância e também o maior desvio padrão (média = 5,6 e desvio-padrão = 4,3) assim também ocorreu para seu indicador (média = 5,6 e desvio-padrão = 4,3).

Tabela 1. Matriz com critérios e indicadores para uma Unidade de Pronto Atendimento: resultados do consenso. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011.

Dimensão		Média	DP		
Assistência à Saúde		9,4	1,2		
Subdimensão		Média	DP		
Atendimento de Urgência		9,2	1,2		
Critérios	Indicadores	Indicadores		Critérios	
		Média	DP	Média	DP
Sala de recepção/espera	Adequação da sala de recepção/espera	8,4	1,6	8,5	1,7
Sanitários do Setor de Pronto Atendimento	Adequação dos sanitários do Setor de Pronto Atendimento	8,2	1,7	8,4	1,4
Sala de classificação de risco	Adequação da sala de classificação de risco	9,1	1,4	9,2	1,0
Sala de atendimento social	Adequação da sala de atendimento social	8,9	1,2	9,0	1,2
Sala para exame indiferenciado	Adequação da sala para exame indiferenciado	7,8	3,0	8,2	2,8
Sala para exame diferenciado – odontologia	Adequação da sala para exame diferenciado – odontologia	5,6	4,3	5,6	4,3
Depósito para material de limpeza do Setor de Pronto Atendimento	Adequação do depósito para material de limpeza do Setor de Pronto Atendimento	7,5	1,9	7,8	1,8
Área externa para desembarque de ambulância	Adequação da área externa para desembarque de ambulância	8,4	1,8	8,7	1,5
Sala de higienização	Adequação da sala de higienização	7,5	3,0	8,0	2,9
Sala de urgência	Adequação da sala de urgência	9,2	1,5	9,5	1,0
Área para guarda de macas/ cadeira de rodas	Adequação da área para guarda de macas/ cadeira de rodas	7,2	2,0	7,4	1,9
Depósito de material de limpeza do Setor de Atendimento de Urgência	Adequação do depósito de material de limpeza do Setor de Atendimento de Urgência	7,2	1,8	7,6	2,1
Posto de enfermagem/ serviços	Adequação do posto de enfermagem/ serviços	8,8	1,5	9,2	1,5
Sala coletiva para leitos de observação com os respectivos banheiros para pacientes internos	Adequação da sala coletiva para leitos de observação com os respectivos banheiros para pacientes internos	8,7	1,5	9,2	1,2
Quartos individuais e respectivos banheiros	Adequação dos quartos individuais e respectivos banheiros	7,2	3,4	8,3	2,9
Estruturação do serviço de acolhimento a pacientes e familiares	Estrutura adequada do serviço de acolhimento	8,5	2,5	8,9	1,1
Leitos de observação suficientes	Número de leitos de observação	8,9	1,3	9,2	1,2
Médicos plantonistas	Número de médicos por plantão	7,9	2,9	8,7	1,9
Enfermeiros plantonistas	Número de enfermeiros por plantão	8,2	2,2	9,1	1,6
Assistentes sociais plantonistas	Número de assistentes sociais por plantão	8,8	1,5	8,9	1,6

Atendimento de casos de natureza cirúrgica ou de trauma	Porcentagem de consultas/mês especificado em contrato	7,6	2,6	9,2	3,3
Realização de consultas de clínica médica	Porcentagem do número de consultas/mês especificado em contrato	7,4	2,6	9,2	1,5
Realização de consultas de clínica ortopédica	Porcentagem do número de consultas/mês especificado em contrato	6,4	3,9	8,6	1,8
Realização de consultas de clínica pediátrica	Porcentagem do número de consultas/mês especificado em contrato	7,5	2,6	9,5	1,6
Atendimentos e procedimentos de enfermagem	Porcentagem do número de consultas/mês especificado em contrato	7,5	2,6	9,3	1,6
Estabilização clínica	Realização de estabilização clínica	9,1	1,6	9,4	2,3
Subdimensão				Média	DP
Procedimentos diagnósticos				9,2	1,2
Sala de eletrocardiografia	Adequação da sala de eletrocardiografia	7,2	2,4	7,8	2,5
Sala de sutura/curativos	Adequação da sala de sutura/curativos	8,5	1,6	9,0	1,1
Sala de gesso/ imobilização de fraturas	Adequação da sala de gesso/ imobilização de fraturas	8,0	2,8	8,5	2,7
Sala de inalação coletiva	Adequação da sala de inalação coletiva	8,2	2,0	8,8	1,3
Sala de aplicação de medicamentos/reidratação	Adequação da sala de aplicação de medicamentos/reidratação	8,5	2,0	9,1	1,3
Salas de exames de radiologia geral	Adequação das salas de exames de radiologia geral	8,6	1,9	9,2	1,1
Laboratório de processamento (câmara escura)	Adequação do laboratório de processamento (câmara escura)	8,2	2,3	8,7	1,8
Arquivo de chapas	Adequação do arquivo de chapas	7,1	3,3	7,2	3,2
Box de vestiário para paciente e sala de coleta de material	Adequação do box de vestiário para paciente e sala de coleta de material	6,9	2,2	7,3	2,0
Realização de Raios-X	Porcentagem do número de consultas/mês especificado em contrato	7,6	2,9	9,2	1,2
Realização de exames laboratoriais	Porcentagem do número de consultas/mês especificado em contrato	7,4	2,9	8,9	1,4
Realização de eletrocardiograma	Porcentagem do número de consultas/mês especificado em contrato	7,5	2,9	9,1	1,2
Classificação de risco no serviço	Percentual dos casos classificados quanto ao risco	7,5	2,3	8,4	2,1

Tabela 1. Matriz com critérios e indicadores para uma Unidade de Pronto Atendimento: resultados do consenso. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011. (continuação)

Dimensão		Média	DP		
Integração interinstitucional		9,0	1,5		
Subdimensão		Média	DP		
Atuação complementar à atenção básica as urgências		9,2	1,2		
Critérios	Indicadores	Indicadores		Critérios	
		Média	DP	Média	DP
Prestação de atendimento médico aos casos referenciados da Atenção Básica	Realização do atendimento	8,4	1,4	8,5	1,3
Prestação de atendimento médico à noite	Realização do atendimento	8,5	1,7	8,6	1,6
Prestação de atendimento médico nos finais de semana	Realização do atendimento	8,3	2,9	8,4	2,8
Prestação de atendimento de enfermagem aos casos referenciados da Atenção Básica	Realização do atendimento	7,9	2,4	8,4	1,7
Prestação de atendimento de enfermagem à noite	Realização do atendimento	8,9	1,4	9,0	1,3
Prestação de atendimento de enfermagem nos finais de semana	Realização do atendimento	8,5	2,8	8,5	2,8
Subdimensão		Média	DP		
SAMU192		8,5	1,9		
Realização de atendimento médico aos pacientes atendidos pelo SAMU 192	Realização do atendimento	8,9	1,1	9,1	1,0
Solicitação de atendimento médico sempre que a gravidade/ complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade	Realização do atendimento	7,7	1,8	7,9	1,9
Realização de atendimento de enfermagem aos pacientes atendidos pelo SAMU 192	Realização do atendimento	8,9	1,1	9,0	1,2
Solicitação de atendimento de enfermagem sempre que a gravidade/ complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade	Realização do atendimento	8,0	1,6	8,2	1,7
Subdimensão		Média	DP		
Unidades de apoio diagnóstico terapêutico		8,5	2,0		
Sala de eletrocardiografia	Realização da integração	8,2	1,9	8,3	2,4
Subdimensão		Média	DP		
Unidades hospitalares		8,8	2,0		
Encaminhamentos dos casos não resolvidos	Realização dos encaminhamentos	9,1	1,4	8,7	2,2

Tabela 1. Matriz com critérios e indicadores para uma Unidade de Pronto Atendimento: resultados do consenso. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011. (continuação)

Dimensão		Média	DP		
Gestão		9,2	1,0		
Subdimensão		Média	DP		
Gestão Administrativa		8,9	1,3		
Crítérios	Indicadores	Indicadores		Crítérios	
		Média	DP	Média	DP
Sala de direção	Adequação da sala de direção	8,2	1,6	8,2	1,5
Sala de reuniões	Adequação da sala de reuniões	7,2	3,4	7,2	3,4
Arquivo médico	Adequação do arquivo médico	7,8	1,6	7,9	1,4
Sala administrativa/ informática/ ponto/protocolo	Adequação da sala administrativa/ informática/ ponto/protocolo	7,6	1,5	7,7	1,4
Posto policial	Adequação do posto policial	7,5	2,7	7,8	2,5
Área de distribuição (farmácia)	Adequação da área de distribuição (farmácia)	8,5	1,8	8,7	1,1
Área para armazenamento de materiais e equipamentos	Adequação da área para armazenamento de materiais e equipamentos	8,5	1,3	8,5	1,2
Sala de lavagem e descontaminação dos materiais	Adequação da sala de lavagem e descontaminação dos materiais	7,6	3,3	7,7	3,1
Sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados	Adequação da sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados	8,5	1,3	8,7	1,3
Copa de distribuição	Adequação da copa de distribuição	7,5	2,4	7,5	2,0
Refeitório de funcionários	Adequação do refeitório de funcionários	7,7	3,0	8,0	2,3
Almoxarifado	Adequação do almoxarifado	7,7	2,4	8,1	1,5
Sala de armazenagem de roupa limpa	Adequação da sala de armazenagem de roupa limpa	7,8	2,3	8,2	0,9
Sala de armazenagem de roupa suja	Adequação da sala de armazenagem de roupa suja	7,7	1,3	7,6	1,2
Sala de utilidades	Adequação da sala de utilidades	5,8	3,5	6,3	3,2
Sala para equipamentos de geração de energia elétrica alternativa	Adequação da sala para equipamentos de geração de energia elétrica alternativa	7,8	2,3	8,0	1,4
Área para gases (cilindros)	Adequação da área para gases (cilindros)	8,4	1,6	8,8	1,2
Sala para guarda temporária de cadáveres	Adequação da sala para guarda temporária de cadáveres	8,3	2,5	8,6	1,8
Área externa para embarque de carro funerário	Adequação da área externa para embarque de carro funerário	7,9	2,4	8,2	2,4
Quarto de plantão para funcionários	Adequação do quarto de plantão para funcionários	8,1	1,8	8,4	1,9
Sala de estar para funcionários	Adequação da sala de estar para funcionários	6,9	3,3	6,9	3,3
Banheiros para funcionários	Adequação dos banheiros para funcionários	8,0	1,6	8,3	1,5
Vestiário para funcionários	Adequação do vestiário para funcionários	8,1	1,8	8,1	1,8

Sanitários para funcionários e acompanhantes	Adequação dos sanitários para funcionários e acompanhantes	7,8	1,9	8,4	1,6
Sala para armazenamento temporário de resíduos	Adequação da sala para armazenamento temporário de resíduos	7,4	2,4	7,6	1,6
Abrigo externo de resíduos	Adequação do abrigo externo de resíduos	7,5	2,3	7,5	2,3
Protocolos de atendimento clínico	Adoção de protocolos de atendimento clínico	8,7	2,1	9,2	1,0
Protocolos de triagem	Adoção de protocolos de triagem	8,6	2,3	8,9	1,7
Protocolos de procedimentos administrativos	Adoção de protocolos de procedimentos administrativos	8,5	1,6	8,6	1,3

Subdimensão						Média	DP
Gestão Financeira						9,0	1,3
Recursos financeiros	Aplicação de recursos financeiros	9,0	1,3	9,0	1,3		

Subdimensão						Média	DP
Gestão de Qualidade						9,4	1,2
Realização de pesquisa da satisfação do usuário	Envio da pesquisa de satisfação do usuário	9,2	1,0	8,9	1,2		
Resolução de queixas	Percentual de resolução de queixas	8,8	2,7	8,7	2,7		
Profissionais capacitados	Percentual de funcionários capacitados no Programa de Educação Permanente	8,8	1,2	9,3	1,0		

6.3 Matriz de medidas e julgamento para as Unidades de Pronto

Atendimento

No Quadro 1 observa-se a Matriz de medidas e julgamento. Essa matriz foi composta pelos critérios e indicadores constituindo as seguintes dimensões: (a) assistência à saúde, (b) gestão e (c) relação interinstitucional. Também são elementos constituintes da matriz, valor máximo esperado, descrição do valor e a pontuação para o estabelecimento do gradiente de implantação. Os pontos atribuídos às dimensões e subdimensões foram baseados no consenso com os especialistas. A pontuação máxima que cada dimensão poderá alcançar é o resultado da soma dos critérios de cada subdimensão (Σ dos pontos dos critérios). Da mesma forma, a pontuação máxima de cada critério corresponderá ao somatório da soma dos indicadores a ele correspondente (Σ dos pontos dos indicadores). Para determinar a classificação do grau de implantação os pontos de corte foram atribuídos adaptados dos estudos de Felisberto *et al*⁷⁷ e Samico *et al*⁷⁸ divididos em “implantado” de 80% a 100%; “parcialmente implantado” de 60% a 79% e “não implantado” os que ficaram iguais ou menores que 59%.

6.4 Perguntas avaliativas

Dos treze participantes que finalizaram a terceira etapa do consenso cinco participantes responderam as questões sem a preocupação de filtrar prioridades, expondo de forma abrangente seu ponto de vista sobre o que foi perguntado. As considerações dos interessados foram sistematizados no Quadro 2. Com base no modelo lógico, na Conferência de Consenso, na matriz de medidas e julgamento e nas

considerações sistematizadas dos interessados foram elaboradas perguntas avaliativas (Quadro 3).

Quadro 1. Matriz de medidas e julgamento das Unidades de Pronto Atendimento. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011.

Dimensão: Assistência à Saúde

SUBDIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	VALOR MÁXIMO ESPERADO	DESCRIÇÃO DO VALOR	VALOR OBSERVADO	GRAU DE IMPLANTAÇÃO	BASE TEÓRICA	
Atendimento de Urgência (250 pontos)	ESTRUTURA							
	Setor de Pronto Atendimento (18 pontos)	Adequação da sala de recepção/espera segundo normas vigentes	3	3 se presente 0 se inadequado ou inexistente		Implantado: 80% a 100%	Estudo de Avaliabilidade	
		Adequação dos sanitários do Setor de Pronto Atendimento segundo normas vigentes	3	3 se presente 0 se inadequado ou inexistente				
		Adequação da sala de classificação de risco segundo normas vigentes	3	3 se presente 0 se inadequado ou inexistente				
		Adequação da sala de atendimento social segundo normas vigentes	3	3 se presente 0 se inadequado ou inexistente				
		Adequação da sala para exame indiferenciado segundo normas vigentes	3	3 se presente 0 se inadequado ou inexistente				
		Adequação do depósito para material de limpeza do Setor de Pronto Atendimento segundo normas vigentes	3	3 se presente 0 se inadequado ou inexistente				
	Setor de Atendimento de Urgência (19 pontos)	Adequação da área externa para desembarque de ambulância segundo normas vigentes	5	5 se presente 0 se inadequado ou inexistente		Parcialmente implantado: 60% a 79%		
		Adequação da sala de urgência segundo normas vigentes	6	6 se presente 0 se inadequado ou inexistente				
		Adequação da área para guarda de macas/ cadeira de rodas segundo normas vigentes	4	4 se presente 0 se inadequado ou inexistente				
Adequação do depósito de material de		4	4 se presente					
					Não implantado: ≤ 59%			

		limpeza do Setor de Atendimento de Urgência segundo normas vigentes		0 se inadequado ou inexistente		
	Setor de Observação (21 pontos)	Adequação do posto de enfermagem/ serviços segundo normas vigentes	11	11 se presente 0 se inadequado ou inexistente		
		Adequação da sala coletiva para leitos de observação com os respectivos banheiros para pacientes internos segundo normas vigentes	10	10 se presente 0 se inadequado ou inexistente		
	Estruturação do serviço de acolhimento a pacientes e familiares (21 pontos)	Estrutura adequada do serviço de acolhimento segundo normas vigentes	21	21 se presente 0 se inadequado ou inexistente		
	Leitos de observação suficientes (21 pontos)	Número de leitos de observação segundo normas vigentes	21	21 , 100% do especificado em contrato 14 , 85% a 100% do especificado em contrato 7 , 70% a 84% do especificado em contrato 0 < 70% do especificado em contrato		
	Médicos plantonistas (20 pontos)	Número de médicos por plantão segundo normas vigentes	20	20 , 100% do especificado em contrato 14 , 85% a 100% do especificado em contrato 7 , 70% a 84% do especificado em contrato 0 < 70% do especificado em		

				contrato		
	Enfermeiros plantonistas (21 pontos)	Número de enfermeiros por plantão segundo normas vigentes	21	21 , 100% do especificado em contrato 14 , 85% a 100% do especificado em contrato 7 , 70% a 84% do especificado em contrato 0 < 70% do especificado em contrato		
	Assistentes sociais plantonistas (21 pontos)	Número de assistentes sociais por plantão segundo normas vigentes	21	21 , 100% do especificado em contrato 14 , 85% a 100% do especificado em contrato 7 , 70% a 84% do especificado em contrato 0 < 70% do especificado em contrato		
PROCESSO						
	Realização de consultas de clínica médica (22 pontos)	Porcentagem do número de consultas/mês especificado em contrato segundo normas vigentes	22	22 , 100% do especificado em contrato 14 , 85% a 100% do especificado em contrato 7 , 70% a 84% do especificado em contrato 0 < 70% do especificado em contrato	Implantado: 80% a 100% Parcialmente implantado: 60% a 79% Não implantado: ≤ 59%	Estudo de Avaliabilidade

				0 < 70% do especificado em contrato		
	Realização de consultas de clínica pediátrica (22 pontos)	Porcentagem do número de consultas/mês especificado em contrato segundo normas vigentes	22	22 , 100% do especificado em contrato 14 , 85% a 100% do especificado em contrato 7 , 70% a 84% do especificado em contrato 0 < 70% do especificado em contrato		
	Atendimentos e procedimentos de enfermagem (22 pontos)	Porcentagem do número de consultas/mês especificado em contrato segundo normas vigentes	22	22 , 100% do especificado em contrato 14 , 85% a 100% do especificado em contrato 7 , 70% a 84% do especificado em contrato 0 < 70% do especificado em contrato		
	Estabilização clínica (22 pontos)	Realização de estabilização clínica segundo normas vigentes	22	22 , 100% do especificado em contrato 14 , 85% a 100% do especificado em contrato 7 , 70% a 84% do especificado em		

				contrato 0 < 70% do especificado em contrato				
Procedimentos diagnósticos (250 Pontos)	ESTRUTURA							
	Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (49 pontos)	Adequação da sala de eletrocardiografia segundo normas vigentes	7	7 se presente 0 se inadequado ou inexistente		Implantado: 80% a 100% Parcialmente implantado: 60% a 79% Não implantado: ≤ 59%	Estudo de Avaliabilidade	
		Adequação da sala de sutura/curativos segundo normas vigentes	7	7 se presente 0 se inadequado ou inexistente				
		Adequação da sala de gesso/ imobilização de fraturas segundo normas vigentes	7	7 se presente 0 se inadequado ou inexistente				
		Adequação da sala de inalação coletiva segundo normas vigentes	7	7 se presente 0 se inadequado ou inexistente				
		Adequação da sala de aplicação de medicamentos/ reidratação segundo normas vigentes	7	7 se presente 0 se inadequado ou inexistente				
		Adequação das salas de exames de radiologia geral segundo normas vigentes	7	7 se presente 0 se inadequado ou inexistente				
		Adequação do laboratório de processamento (câmara escura) segundo normas vigentes	7	7 se presente 0 se inadequado ou inexistente				
	PROCESSO							
Realização de Raios-X (52 Pontos)	Porcentagem do número de consultas/mês segundo normas vigentes	52	52 , 100% do especificado em contrato 34 , 85% a 100% do especificado em contrato 17 , 70% a 84% do especificado em		Implantado: 80% a 100% Parcialmente implantado: 60% a 79% Não implantado:	Estudo de Avaliabilidade		

				contrato 0 < 70% do especificado em contrato		≤ 59%	
	Realização de exames laboratoriais (50 Pontos)	Porcentagem do número de consultas/mês segundo normas vigentes	50	50 , 100% do especificado em contrato 34 , 85% a 100% do especificado em contrato 17 , 70% a 84% do especificado em contrato 0 < 70% do especificado em contrato			
	Realização de eletrocardiograma (51 Pontos)	Porcentagem do número de consultas/mês segundo normas vigentes	51	51 , 100% do especificado em contrato 34 , 85% a 100% do especificado em contrato 17 , 70% a 84% do especificado em contrato 0 < 70% do especificado em contrato			
	Classificação de risco no serviço (48 Pontos)	Percentual dos casos classificados quanto ao risco segundo normas vigentes	48	48 , 100% do especificado em contrato 32 , 85% a 100% do especificado em contrato 16 , 70% a 84% do			

				especificado em contrato 0 < 70% do especificado em contrato			
--	--	--	--	--	--	--	--

Quadro 1. Matriz de medidas e julgamento das Unidades de Pronto Atendimento. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011. (continuação)

Dimensão: Integração Interinstitucional

SUBDIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	VALOR MÁXIMO ESPERADO	DESCRIÇÃO DO VALOR	VALOR OBSERVADO	GRAU DE IMPLANTAÇÃO	BASE TEÓRICA	
Atuação complementar à atenção básica as urgências (127 Pontos)	PROCESSO							
	Prestação de atendimento médico aos casos referenciados da Atenção Básica (22 Pontos)	Realização do atendimento	22	22 se serviço prestado 0 se inadequado ou não prestado		Implantado: 80% a 100% Parcialmente implantado: 60% a 79% Não implantado: ≤ 59%	Estudo de Avaliabilidade	
	Prestação de atendimento médico à noite (23 Pontos)	Realização do atendimento	23	23 se serviço prestado 0 se inadequado ou não prestado				
	Prestação de atendimento médico nos finais de semana (21 Pontos)	Realização do atendimento	21	21 se serviço prestado 0 se inadequado ou não prestado				
	Prestação de atendimento de enfermagem aos casos referenciados da Atenção Básica (21 Pontos)	Realização do atendimento	21	21 se serviço prestado 0 se inadequado ou não prestado				
	Prestação de atendimento de enfermagem à noite (23 Pontos)	Realização do atendimento	23	23 se serviço prestado 0 se inadequado ou não prestado				
	Prestação de atendimento de enfermagem nos finais de semana (22 Pontos)	Realização do atendimento	22	22 se serviço prestado 0 se inadequado ou não prestado				
PROCESSO								
SAMU192 (116 Pontos)	Realização de atendimento médico aos pacientes atendidos pelo SAMU 192 (31 Pontos)	Realização do atendimento	31	31 se serviço prestado 0 se inadequado ou não prestado		Implantado: 80% a 100% Parcialmente implantado: 60% a 79% Não implantado: ≤ 59%	Estudo de Avaliabilidade	
	Solicitação de atendimento médico sempre que a gravidade/ complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade (27 Pontos)	Realização do atendimento	27	27 se serviço prestado 0 se inadequado ou não prestado				
	Realização de atendimento de enfermagem aos pacientes atendidos pelo SAMU 192 (30	Realização do atendimento	30	30 se serviço prestado 0 se inadequado ou não				

	Pontos)			prestado			
	Solicitação de atendimento de enfermagem sempre que a gravidade/ complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade (28 Pontos)	Realização do atendimento	28	28 se serviço prestado 0 se inadequado ou não prestado			
	PROCESSO						
Unidades de apoio diagnóstico terapêutico (116 Pontos)	Integração com unidades de apoio diagnóstico de outros níveis de complexidade assistencial (116 Pontos)	Realização da integração	116	116 se integração realizada adequadamente 0 se inadequado ou não prestado		Implantado: 80% a 100% Parcialmente implantado: 60% a 79% Não implantado: ≤ 59%	Estudo de Avaliabilidade
	PROCESSO						
Unidades hospitalares (121 Pontos)	Encaminhamentos dos casos não resolvidos (121 Pontos)	Realização dos encaminhamentos	121	121 se serviço prestado 0 se inadequado ou não prestado		Implantado: 80% a 100% Parcialmente implantado: 60% a 79% Não implantado: ≤ 59%	Estudo de Avaliabilidade

Quadro 1. Matriz de medidas e julgamento das Unidades de Pronto Atendimento. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011. (continuação)

Dimensão: Gestão

SUBDIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	VALOR MÁXIMO ESPERADO	DESCRIÇÃO DO VALOR	VALOR OBSERVADO	GRAU DE IMPLANTAÇÃO	BASE TEÓRICA
Gestão Administrativa (160 Pontos)	ESTRUTURA						
	Setor de Apoio Administrativo (30 Pontos)	Adequação da sala de direção segundo normas vigentes	8	8 se presente 0 se inadequado ou inexistente		Implantado: 80% a 100% Parcialmente implantado: 60% a 79% Não implantado: ≤59%	Estudo de Avaliabilidade
		Adequação do arquivo médico segundo normas vigentes	8	8 se presente 0 se inadequado ou inexistente			
		Adequação da sala administrativa/ informática/ ponto/protocolo segundo normas vigentes	7	7 se presente 0 se inadequado ou inexistente			
		Adequação do posto policial segundo normas vigentes	7	7 se presente 0 se inadequado ou inexistente			
	Setor de Apoio Técnico e Logístico (30 Pontos)	Adequação da área de distribuição (farmácia) segundo normas vigentes	2	2 se presente 0 se inadequado ou inexistente			
		Adequação da área para armazenamento de materiais e equipamentos segundo normas vigentes	2	2 se presente 0 se inadequado ou inexistente			
		Adequação da sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados segundo normas vigentes	2	2 se presente 0 se inadequado ou inexistente			
		Adequação da copa de distribuição segundo normas vigentes	1	1 se presente 0 se inadequado ou inexistente			
		Adequação do refeitório de funcionários segundo normas vigentes	1	1 se presente 0 se inadequado ou inexistente			
		Adequação do almoxarifado segundo	1	1 se presente			

		normas vigentes		0 se inadequado ou inexistente		
		Adequação da sala de armazenagem de roupa limpa segundo normas vigentes	2	2 se presente 0 se inadequado ou inexistente		
		Adequação da sala de armazenagem de roupa suja segundo normas vigentes	1	1 se presente 0 se inadequado ou inexistente		
		Adequação da sala para equipamentos de geração de energia elétrica alternativa segundo normas vigentes	2	2 se presente 0 se inadequado ou inexistente		
		Adequação da área para gases (cilindros) segundo normas vigentes	2	2 se presente 0 se inadequado ou inexistente		
		Adequação da sala para guarda temporária de cadáveres segundo normas vigentes	2	2 se presente 0 se inadequado ou inexistente		
		Adequação da área externa para embarque de carro funerário segundo normas vigentes	2	2 se presente 0 se inadequado ou inexistente		
		Adequação do quarto de plantão para funcionários segundo normas vigentes	2	2 se presente 0 se inadequado ou inexistente		
		Adequação dos banheiros para funcionários segundo normas vigentes	2	2 se presente 0 se inadequado ou inexistente		
		Adequação do vestiário para funcionários segundo normas vigentes	2	2 se presente 0 se inadequado ou inexistente		
		Adequação dos sanitários para funcionários e acompanhantes segundo normas vigentes	2	2 se presente 0 se inadequado ou inexistente		
		Adequação da sala para armazenamento temporário de resíduos segundo normas vigentes	1	1 se presente 0 se inadequado ou inexistente		

		Adequação do abrigo externo de resíduos segundo normas vigentes	1	1 se presente 0 se inadequado ou inexistente			
PROCESSO							
	Protocolos de atendimento clínico (34 Pontos)	Adoção de protocolos de atendimento clínico	34	34 se adota protocolo 0 se não adota protocolo		Implantado: 80% a 100%	Estudo de Avaliabilidade
	Protocolos de triagem (34 Pontos)	Adoção de protocolos de triagem	34	34 se adota protocolo 0 se não adota protocolo		Parcialmente implantado: 60% a 79%	
	Protocolos de procedimentos administrativos (32 Pontos)	Adoção de protocolos de procedimentos administrativos	32	32 se adota protocolo 0 se não adota protocolo		Não implantado: ≤59%	
PROCESSO							
Gestão Financeira (162 Pontos)	Recursos financeiros (162 Pontos)	Aplicação de recursos financeiros	162	162 se aplica recursos adequadamente 0 se aplicados inadequadamente		Implantado: 80% a 100%	Estudo de Avaliabilidade
						Parcialmente implantado: 60% a 79%	
						Não implantado: ≤59%	
PROCESSO							
Gestão de Qualidade (168 Pontos) Institucionalização da avaliação	Realização de pesquisa da satisfação do usuário (23 Pontos)	Envio da pesquisa de satisfação do usuário	23	23 se envia pesquisa mensalmente 0 se não envia pesquisa mensalmente		Implantado: 80% a 100%	Estudo de Avaliabilidade
	Resolução de queixas (21 Pontos)	Percentual de resolução de queixas	21	21 se resolve percentual de queixas especificadas em contrato 0 se não atende ao contrato		Parcialmente implantado: 60% a 79%	
						Não implantado: ≤59%	

	Profissionais capacitados (24 Pontos)	Percentual de funcionários capacitados no Programa de Educação Permanente	24	24 se resolve percentual de queixas especificadas em contrato 0 se não atende ao contrato		
	Resposta rápida necessidades de avaliação (25 Pontos)	A UPA estabelece e mantém um mecanismo de resposta rápida para atender às necessidades de avaliação de emergência	25	25 se desenvolve atividade 0 se não desenvolve ou desenvolve inadequadamente		
	Bases de dados funcionais (30 Pontos)	A UPA estabelece e mantém bases de dados funcionais, incluindo sistemas de informação computadorizados	30	30 se desenvolve atividade 0 se não desenvolve ou desenvolve inadequadamente		Stufflebeam
	Recursos para práticas avaliativas (20 Pontos)	A UPA fornece recursos suficientes para o desempenho de práticas avaliativas como estrutura, recursos, equipamentos e software	20	20 se fornece recursos 0 se não fornece ou fornece inadequadamente		
	Educação continuada (25 Pontos)	A UPA desenvolve atividades de educação continuada através das quais as pessoas interagem em torno da avaliação dos processos e resultados	25	25 se desenvolve atividade 0 se não desenvolve ou desenvolve inadequadamente		Volkov e King

Quadro 2. Considerações dos especialistas das Unidades de Pronto Atendimento. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011.

ASPECTOS	CONSIDERAÇÕES
Principais preocupações em relação à UPA	Alta demanda de pacientes classificados como verdes
	Satisfação dos pacientes
	Resolutividade no atendimento
	Continuidade na realização da proposta padrão de atendimento
	Demora na remoção de pacientes
	Demora de resultados de exames laboratoriais
	Investimento não ser efetivo para garantia da saúde da população
	Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários
	Critérios na classificação de risco discordantes com as necessidades do paciente
	Manutenção das instalações físicas
	Educação continuada
	Humanização no atendimento
	Qualidade da relação interpessoal entre a equipe interdisciplinar e a população
Interesse pessoal no processo avaliativo	Execução da proposta padrão de atendimento
	Satisfação do usuário e dos profissionais
	Qualidade do atendimento
	Manutenção de infraestrutura
	Resolutividade da classificação de risco
	Resolutividade no atendimento
	Remoção dos pacientes
Uso da avaliação	Aprimorar a qualidade do pronto-atendimento
	Tomada de decisões
	Construção de planejamento estratégico
	Identificar pontos em desacordo com a proposta da UPA

Quadro 3. Perguntas avaliativas relacionadas às Unidades de Pronto Atendimento segundo tipo de avaliação. Recife, Pernambuco, Brasil, 2011.

TIPO DE PERGUNTA	TIPO DE AVALIAÇÃO
As atividades em sua plenitude são suficientes para o alcance dos resultados?	Estratégica ou lógica/ Produtividade
A estrutura e as atividades da UPA estão desenvolvidas segundo as normas da Portaria GM/MS nº 1.020/2009?	Implantação
Em que medida os recursos são empregados adequadamente para atingir os resultados esperados?	Estrutura
Em que medida os serviços estão adequados para atingir os resultados esperados?	Processo
Qual o grau de implantação para o componente Assistência a saúde?	Implantação
Qual o grau de implantação para o componente Gestão?	Implantação
Qual o grau de implantação para o componente Integração	Implantação

Interinstitucional?	
Quais os fatores relacionados ao contexto organizacional que podem influenciar a implantação da UPA?	Implantação
Em que medida o quantitativo de profissionais está sendo adequado para atender o resultado esperado da UPA?	Estrutura/Processo
Que tipo de conflito ocorre entre os profissionais? Qual a natureza deste conflito? Esses conflitos interferem na qualidade dos serviços?	Contexto/ implantação
Que impacto as ações de educação em saúde têm na assistência à saúde oferecida pela UPA?	Análise dos efeitos/ avaliação de impacto
Os recursos financeiros são suficientes em quantidade e em qualidade?	Produtividade
É possível produzir serviços de melhor qualidade com os mesmos recursos?	Produtividade
A UPA está alcançando a população programada?	Implantação
Qual o perfil da demanda para o atendimento dos atendimentos realizados pela UPA?	Estrutura/Processo
Qual o grau de satisfação dos usuários atendidos pela UPA?	Análise de efeitos
Qual o grau de satisfação dos profissionais que trabalham na UPA?	Análise de efeitos
Quais os fatores do contexto locorregional institucional e organizacional que podem influenciar no perfil da demanda dos usuários atendidos na UPA?	Análise de implantação
Em que medida a UPA consegue dar continuidade aos tratamentos de urgência e emergências?	Monitoramento/ análise de efeitos
Em que medida as informações produzidas pela UPA são utilizadas para realização do planejamento local?	Implantação
Qual relação custo-efetividade da intervenção?	Análise de rendimentos

7 DISCUSSÃO

Este estudo de avaliabilidade (EA) mostrou-se importante não só pela contribuição do melhor entendimento da intervenção e da sua apreciação lógica, como também pela capacidade de incluir diferentes atores nos componentes analisados consensualmente. Essa integração promove aprendizado sobre a intervenção, fornece subsídios para valorização e ação a partir dos resultados e conclusões da avaliação⁷⁹. Um dos principais objetivos do EA foi alcançado com a identificação e o envolvimento das pessoas que têm um papel central na intervenção para atender as necessidades reais e que podem fazer uso deste estudo em avaliações futuras^{80,44}.

O modelo lógico reflete um referencial que permite aos interessados visualizar com mais clareza a operacionalização da intervenção, aumentando a construção de acordos em relação aos componentes do programa e os resultados da avaliação^{49, 81}. Nesse estudo os componentes foram interligados visando à lógica do desenvolvimento da intervenção. Para seu delineamento exigiu-se uma concentração, no sentido de construir uma aproximação normativa a uma realidade prática. Desta forma, buscou-se um modelo que explicita os consensos possíveis de um grupo de interessados em relação aos seus componentes fundamentais ao processo avaliativo. Nessa perspectiva, sua natureza não é definitiva, uma vez que sua construção é pautada no processo dinâmico que envolve a realidade da intervenção. Assim, concordando com Bezerra *et al*⁵¹ e Medeiros *et al*⁸¹ o modelo lógico deve ser revisto e reconstruído periodicamente, podendo ser acrescentado ou retirado dados à medida em que novas informações forem coletadas.

Os documentos utilizados para o delineamento do modelo lógico foram os que possibilitaram a construção dos componentes que o constituíram, com variação para algumas metas contratuais, uma vez que algumas UPA possuem metas diferentes frente à realidade locorregional. Por outro lado podemos considerar que documentos de programa em fase de criação geralmente são poucos; porém, dependendo de sua complexidade diferentes tipos de documentos podem surgir^{41,43}.

Após analisar os componentes integrantes do modelo lógico, percebe-se que essa ferramenta tem grande relevância durante todo o EA. Destacando-se os seguintes benefícios: proporciona um melhor entendimento da intervenção; ajuda a divulgar a intervenção de maneira sucinta e objetiva; clarifica responsabilidades para os interessados.

Em relação à análise da lógica da intervenção observou-se a necessidade da inclusão de mais critérios e indicadores relacionados aos aspectos de processo. A fragilidade quanto à existência de critérios e indicadores de processo permite que tanto o modelo lógico quanto a matriz de medidas e julgamento sejam em qualquer tempo passíveis de modificações, principalmente pelo fato dos especialistas considerarem a dimensão Assistência à Saúde, constituída de muitos processos, o componente com maior grau de importância para se avaliar uma UPA. Como referido por Vuori⁸² *“(...) se se quer melhorar a assistência, isso tem que acontecer no nível do processo ou da estrutura. Resultados são, sempre, consequência de alguma coisa. Se os resultados são precários, há que se voltar ao processo e descobrir coisas a serem corrigidas”*.

Neste estudo, os resultados sugerem que há coerência na relação causal entre os elementos do modelo lógico, ou seja, a plausibilidade da intervenção. Este é um aspecto

considerado essencial para um estudo de avaliabilidade ou pré-avaliação, pois sem esta análise tanto o modelo lógico como o desenvolvimento das atividades perdem o significado⁸³. Entretanto, deve-se considerar estratégias de divulgação para aumentar a visibilidade das metas contratuais, frente à ambiguidade evidenciada pelos especialistas durante a realização da segunda fase deste estudo.

A apreciação dos componentes realizada através da análise dos especialistas envolvidos na Conferência de Consenso, levou em consideração as melhores ideias ou decisões a serem tomadas sobre a situação apresentada⁸⁴. Um achado bastante expressivo diz respeito ao alto grau de dissenso sobre os componentes da matriz com critérios e indicadores na primeira etapa da construção do consenso. A maior parte da reunião presencial com os especialistas foi dedicada à discussão sobre número de dissenso atribuído à essa primeira etapa. Na ótica dos especialistas, poderia ser reflexo da experiência e interpretação pessoal que cada participante possuía a respeito de critério/indicador, manifestando a vontade de realizar uma própria avaliação à UPA em que atuavam. Além disso, deveria se considerar a dificuldade de se atribuir uma nota a um critério/indicador que não se tenha em prática no serviço podendo ter sido a causa de algumas notas inferiores a sete. Uma vez que, muitos profissionais precisam de um parâmetro para realizar a pontuação e esta pode ter sido dada pelo grau de experiência que cada profissional possui com relação à UPA. Stufflebeam⁷⁹ considera que esclarecer valores não é uma tarefa fácil. É um constante desafio para o trabalho avaliativo. Diferentes interessados em uma organização e membros da sociedade como um todo podem conservar valores conflitantes sobre muitas questões.

O levantamento das suposições levantadas pelos especialistas juntamente com a revisão dos pressupostos que fundamentam a intervenção facilita a identificação das

possíveis lacunas da lógica do programa.^{80, 85, 52}. De acordo com Renger e Titcomb⁵² o termo “lógica subjacente” se refere a uma representação visual das causas do problema a ser alvo. Alguns modelos lógicos não conseguem retratar visualmente a lógica subjacente da intervenção, tornando difícil compreender a relação entre os elementos da avaliação e a lógica subjacente.

Frente à discussão dos fatores causais relacionados a intervenção, entendeu-se que enquanto programa do Ministério da Saúde a Unidade de Pronto Atendimento possui como efeito a ‘redução da demanda de atendimento de urgência e emergência nos hospitais públicos’. A avaliabilidade de uma intervenção ao trazer a caracterização global da intervenção pode contribuir para uma melhor visibilidade dos seus entraves⁸⁶.

Na terceira etapa a matriz apresentava-se com as notas referentes à primeira etapa de cada participante, onde podiam ser mantidas ou modificadas de acordo com as considerações dos resultados das etapas anteriores. Dos quinze especialistas, onze acessaram *o site* e atribuíram pontuação à matriz, essas reavaliações juntamente com as trocas de informações foram fundamentais para obtenção do consenso com um número adequado de interessados, propiciando maior aproximação dos conhecimentos e integração de experiências, permitindo que os profissionais pudessem rever sua posição face às considerações dos informantes-chave em cada componente da matriz, assumindo uma posição de consenso⁸⁷.

Outro aspecto considerado no debate foi quanto à clareza e objetividade dos indicadores. Na visão dos especialistas os indicadores estão claros e objetivos. Quanto à necessidade de especificações numéricas, principalmente nos indicadores de processo, os informantes-chave consideraram que a forma apresentada (nominal, a exemplo de

‘realização do atendimento’) estava adequada, pois a quantificação numérica inviabilizaria o consenso, uma vez que cada UPA apresenta metas específicas à luz de um contrato sendo essas repactuadas temporariamente.

Chamou-se a atenção para os critérios descritos na subdimensão ‘atuação complementar à atenção básica às urgências’, pois refletem o atendimento fornecido vinte e quatro horas pelas UPA à população. Destacando que o indivíduo muitas vezes chega à UPA sem encaminhamento da atenção básica tornando difícil o registro de tais casos. Na visão dos especialistas para a subdimensão SAMU 192, a integração é mais visível, todavia questionamentos sobre o registro dessa integração foram levantados. Frente à dificuldade dos registros que esta dimensão suscitou, conclui-se que possivelmente haverá dificuldades na fonte de verificação para mensurar tais indicadores. Contudo, entendeu-se que cada critério/indicador possui um bom grau de importância, principalmente pelo fato da UPA estar em uma posição intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/ Saúde da Família e a Rede Hospitalar²⁹.

Uma das importantes contribuições do presente estudo está relacionada à proposta do instrumento auto-avaliativo, combinando a fundamentação teórico-científica com os métodos de consenso visando uma adequação à realidade local. A matriz de auto-avaliação auxilia gestores e profissionais envolvidos na intervenção a avaliar a implementação de medidas visando: (a) identificar problemas; (b) viabilizar recursos disponíveis para intervir; (c) caracterizar fatores que impedem ou facilitam a execução de intervenções e (d) desenvolver mecanismos para se avaliar e responder a problemas críticos⁷³.

Essa ferramenta auto-avaliativa, construída à luz das fases desse EA, confere maior consistência e validade interna. Outra vantagem é que seus critérios e indicadores foram consensuados com os interessados da intervenção. Quando o modelo de avaliação é desenvolvido com a participação dos interessados torna-se uma ferramenta potencializadora aumentando a capacidade da equipe de superar dificuldades conferindo maior integração interdisciplinar na equipe⁸⁸.

A matriz de auto-avaliação é flexível à adequação dos diferentes contextos, podendo sofrer alterações na dependência da mudança associada à intervenção. Desta forma o gestor deverá junto aos principais envolvidos de sua equipe identificar o problema e definir algumas perguntas para a partir de então adaptar a matriz e a valoração, de tal forma que venha a melhor atender a realidade local. Essa flexibilidade confere à matriz de auto-avaliação a possibilidade de ser adequada ao monitoramento e à avaliação^{73,54}. Assim, as Unidades de Pronto Atendimento poderão fazer reformulações de acordo com o que se pretende avaliar. Com relação ao uso da matriz de auto-avaliação Oliveira *et al*⁵⁴ sugerem dois passos: (i) identificação do problema e (ii) definição das perguntas relacionadas ao problema. Após esses passos os envolvidos na avaliação adequarão a matriz e pontuação aos seus objetivos.

Neste estudo, a pontuação estabelecida para as dimensões foi influenciada pelo resultado da Conferência de Consenso de modo que a maior pontuação está agrupada nos componentes que integram a dimensão ‘Assistência à Saúde’, seguido da dimensão ‘Gestão’ e com menor pontuação a dimensão ‘Integração Interinstitucional’. A matriz auto-avaliativa é um método rápido de avaliação podendo subsidiar com agilidade ferramentas necessárias e relevantes à ação, às discussões e à participação local uma vez

que possui seu foco na identificação do problema, nas perguntas avaliativas, nas fontes de evidência e na análise^{73, 88, 89}.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Os resultados revelaram que as UPA encontram-se adequadas à realização de avaliações uma vez que, pôde-se verificar através deste estudo que os elementos identificados no modelo lógico são condizentes com as condições que a intervenção possui para alcançar suas metas e objetivos. Desta forma, traz como benefício maior, a construção de subsídios para elaboração de ferramentas avaliativas com a participação ativa dos interessados havendo troca de experiências entre as diferentes categorias profissionais.

De posse dos resultados desse estudo, apresentam-se como recomendações para subsidiar o aprimoramento das UPA: utilizar o encontro de educação permanente para revisão periódica e discussão do modelo lógico da intervenção; planejar o desenvolvimento da avaliação utilizando o instrumento auto-avaliativo com os interessados; desenvolver estratégias de divulgação dos resultados do estudo e das lições aprendidas.

9 REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Lei n ° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 20 set. 1990.
- 2 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007 (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9).
- 3 Lima APG. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2000 out-dez; 16(4): 985-996.
- 4 Rodrigues PHA, Santos, IS. Saúde e Cidadania uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 103.
- 5 Solla JJSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “pacto de gestão”. Rev Baiana de Saúde Pública. 2006; 30: 332-48.
- 6 Behen RD. O paradigma da Gestão Pública e a busca da Accountability democrática. Revista do Serviço Público. 1998; 49: 7.
- 7 Nascimento VB, Costa IMC. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: Cohn A. orgs. Saúde da Família e SUS: Convergência e dissonâncias. Rio de Janeiro: CEDEC; 2009. p.67-92.
- 8 Andrade LOM. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: HUCITEC; 2001. p.157-242.

- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS/SUS 01/2002. Brasília: Diário Oficial da União; 2002.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95: Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001. Brasília: 2001.
- 11 Lima CJ, Rivera FJU. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul. Cad Saúde Pública. 2006; 22(10); 2179-89.
- 12 Beltrammi DGM, Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios, RAS. 2008; 10(41). 159-63.
- 13 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União.
- 14 Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(1).
- 15 Morales AC. Nem privado nem estatal: em busca de uma nova estratégia para a provisão de serviços públicos. Revista de Serviço Público. 1998; 49(4): 115-46.
- 16 Ibañez N, Bittar OJNV, Sá EN, Yamamoto EK, Almeida MF, Castro CGJ. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. Ciência e Saúde Coletiva. 2001; 6(2): 391-404.

- 17 Filho SBS, Figueiredo VON. Contratos internos de gestão no contexto Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. *Interface*. 2009; 13: 615-26.
- 18 Heimann LS et. al. *Gestão Regional do SUS – São Paulo: rumo ao Pacto de Gestão*. São Paulo, Instituto da Saúde, 2007. (Temas em Saúde Coletiva, 5).
- 19 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 699 de 30 de março de 2006: Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília: 2006.
- 20 Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
- 21 Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Rev Medicina*. 2003; 36(2/4): 498-515.
- 22 Furtado BMA; Araújo JLC Jr, Cavalcanti P. O perfil do hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2004; 7(3): 279-89.
- 23 Cecilio LCO. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(3): 469-78.

- 24 Dornas Júnior G, Ferreira JM. Informações de Unidades de Pronto Atendimento: possibilidades de uso como sentinelas da atenção básica à saúde. Rev Informática pública. 2003; 5(1): 27-48.
- 25 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002: Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Diário Oficial da União 2002.
- 26 Valentim, M.R.S., Santos, M.L.S.C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 17(2): 285-289, abr-jun, 2009.
- 27 Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12(4): 929-34.
- 28 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.922 de 2 de dezembro de 2008: Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA. Diário Oficial da União 2008.
- 29 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020 de 13 de maio de 2009: Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo (Unidades de Pronto Atendimento – UPA). Diário Oficial da União 2009
- 30 Machado K. Novidade no SUS – Unidade de Pronto atendimento –UPA. Rev RADIS. 2009; 83: 12-6.

- 31 Figueiró AC, Thuler LC, Dias ALF. Padrões Internacionais dos estudos de linha de base. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV. orgs. Meta-avaliação da atenção básica à saúde: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 47-70.
- 32 Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Fundação Peirópolis; 1998. 1-9. (Saúde & Cidadania; 3).
- 33 Contandriopoulos AP. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. *Ciência e Saúde coletiva*. 2006; 11(3): 705-711
- 34 Contandriopoulos A.P, Champagne F, Denis J. L, Pineaut R. A avaliação na área de Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz Z.M.A, organizador: Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. 29-47
- 35 Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: Caminhos da institucionalização. Brasília: DF; 2005.
- 36 Felisberto E *et al*. Política de monitoramento e avaliação da Atenção Básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2009; 9(3). 339-57.
- 37 Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(1): 80-91.
- 38 Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência e Saúde coletiva*. 2006; 11(3): 553-63.

- 39 Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 2(6): 451-5.
- 40 Reis YAC. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde do SUS [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2010.
- 41 Thurston, W. E.; Potvin, L. *Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes* in *Evaluation*, London, Thousand Oaks and New Delhi: SAGE Publications, 2003, vol 9 (4): 453-469
- 42 Thurston, W. E.; Ramaliu, A. *Evaluability assessment of a survivors of torture program: Lessons learned*. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 2005
- 43 Natal, S., Samico, I., Oliveira, L. G. D., Assis A. M. J. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 18 (4): 560 – 71, 2010.
- 44 Trevisan, M. S, Huang, Y.M. *Evaluability assessment: a primer*. *Practical Assessment, Research & Evaluability*. Washington, v.8, n.20,2003
- 45 Lima, L. R.F.; Vieira-da-Silva, L. M. Ampliação do acesso à atenção oftalmológica: um estudo sobre a avaliabilidade da campanha “De Olho na Visão”, *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (Sup 2): 2059-2064, Goiás, 2008
- 46 Vanderheyden, L., Verhoef, M., Scott, C., Pain, K. *Evaluability assessment as a tool for research network development: experiences of the complementary and*

- alternative medicine education and research network of Alberta, Canada. Canadian Journal of Program Evaluation, Toronto, v. 21, n. 1, p. 63-82, 2006.
- 47 Observatório. Como anda a região metropolitana do Recife. Recife: Observatório das Metrôpoles, UFPE/FASE. 2005.
- 48 Recife. Secretaria de Saúde. Balanço de gestão. Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br/Downloads/Balanço%20de%20Gestão%20SES.%20PDF.%20Internet.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2010.
- 49 Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA e Vieira da Silva LM. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/ Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ; 2005. p. 41-64.
- 50 Mclaughlin JA, Jordan GB. Logic Models: a tool for telling your program's performance story. Evaluation and Program Planning. 1999; 65-72.
- 51 Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. orgs. Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Recife: Medbook; 2010. p. 65-78.
- 52 Renger R, Titcomb A. A Three-Step Approach to Teaching Logic Models. American Journal of Evaluation. 2002; 493-503.
- 53 Furtado JP. Um método construtivista para avaliação em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2001; 6(1): 165-81.

- 54 Oliveira LGD, Natal S, Felisberto E, Alves CKA, Santos EM. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15: 997-1008.
- 55 BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, Brasília, 2004. 236p. (Série E. Legislação de Saúde).
- 56 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863 de 29 de setembro de 2003: Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Brasília: 2003.
- 57 Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. IMIP. Relatório de avaliação semestral das metas contratualizadas da Unidade de Pronto Atendimento de São Lourenço da Mata – Maio a Outubro/2010. Recife: IMIP, 2010.
- 58 Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. IMIP. Relatório de avaliação semestral das metas contratualizadas da Unidade de Pronto Atendimento de Igarassu – Janeiro a Junho/2010. Recife: IMIP, 2010.
- 59 Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. IMIP. Relatório de avaliação semestral das metas contratualizadas da Unidade de Pronto Atendimento de Olinda – Janeiro a Junho/2010. Recife: IMIP, 2010.
- 60 Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. IMIP. Relatório de avaliação semestral das metas contratualizadas da Unidade de Pronto Atendimento de Paulista – Janeiro a Junho/2010. Recife: IMIP, 2010.
- 61 Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. IMIP. Relatório de avaliação semestral das metas contratualizadas da Unidade de Pronto

Atendimento de Barra de Jangada – Julho a Dezembro/2010. Recife: IMIP, 2010.

62 Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. IMIP. Relatório de avaliação trimestral das metas contratualizadas da Unidade de Pronto Atendimento de Engenho Velho – Setembro a Novembro/2010. Recife: IMIP, 2010.

63 Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Diretoria Geral de Assuntos Jurídicos. Contrato de Gestão n. 01/2010. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2010.

64 Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Diretoria Geral de Assuntos Jurídicos. Contrato de Gestão n. 03/2009. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2009.

65 Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Diretoria Geral de Assuntos Jurídicos. Contrato de Gestão n. 04/2009. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2009.

66 Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Diretoria Geral de Assuntos Jurídicos. Contrato de Gestão n. 02/2009. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2009.

67 Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Diretoria Geral de Assuntos Jurídicos. Contrato de Gestão n. 09/2009. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2009.

- 68 Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Diretoria Geral de Assuntos Jurídicos. Contrato de Gestão n. 08/2010. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2010.
- 69 Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Diretoria Geral de Assuntos Jurídicos. Contrato de Gestão n. 11/2010. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2010.
- 70 Hartz Z. M. A, Contandriopoulos, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros” Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S331, 2004.
- 71 Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM. orgs. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p 41-74.
- 72 Felisberto, E., Freese, E, Bezerra, L. C. A., Alves, C. K. A., Samico, I. Análise da Sustentabilidade de uma política de avaliação; o caso da atenção básica do Brasil. Cad. Saúde Público, Rio de Janeiro, 20(6): 1079-1095, jun, 2010.
- 73 Felisberto E, Freese E, Natal S. Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (9): 2091-2102, set, 2008.
- 74 Stufflebeam, D. L. Strategies for Institutionalizing Evaluation. 2007. Western Michigan University: The Evaluation Center. Disponível em

http://www.wmich.edu/evalctr/archive_checklists/cippchecklist_mar07.pdf.

Acessado em: 18/04/2011.

- 75 Volkov, B, King, J. A Checklist for Building Organizational Evaluation Capacity1. 2007. Western Michigan University: The Evaluation Center. Disponível em: <http://www.wmich.edu/evalctr/archive_checklists/ecb.pdf>. Acessado em 12/04/2011.
- 76 Worthen RB, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Identificação e seleção de perguntas e critérios. In: Avaliação de Programas: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004; 14:341-71.
- 77 Felisberto E, Carvalho EF, Maggi RS, Samico I. Avaliação do Processo de Implantação da Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa de Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2002; 18: 1737-45.
- 78 Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; 5:229-40.
- 79 Stufflebeam, D. L. O modelo CIPP para avaliação. In: Instituto Fonte, organizador. Introdução à avaliação de programas sociais. São Paulo: Instituto Fonte; 2004. (Coletânea de textos)

- 80 Thurston , W.E.; Graham J.; Hatfield J. Evaluability assessment: A catalyst for program change and improvement. *Evaluation and the Health Professions*, Londres, v.26, n2, p.206-221, 2003.
- 81 Medeiros, P. F. P., Bezerra, L.C.A., Santos, N. T. V., Melo, E. O. Um estudo sobre avaliabilidade do Programa + Vida : política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (Sup. 1): S 209- S217 nov., 2010.
- 82 Vuori H. A Qualidade em Saúde. In: *Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. Divulgação em Saúde para Debate*. 2000;15-28.
- 83 Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N., Cotton D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. *Ann. rev. public health* 2010;.31: 213-233
- 84 Andrés, C. P. ¿Deben estar las técnicas de consenso incluídas entre las técnicas de investigación cualitativa? *Rev. Esp. Salud Pública* Vol 74, nº4, 319-321, 2000.
- 85 Kaplan, S.A, Garrett, K.E. The use of logic models by community-based initiatives. *Evaluation and Program Planning* 28. 2005; 167-172.
- 86 Basile K. C.; Lang, K. S.; Bartenfeld, T. A.; Clinton-Sheerrod M. Evaluability Assessment of the Rape Prevention and Education Program: Summary of Findings and Recommendations. *Journal of Women's Health*. Volume 14, number 3, 2005

- 87 Wright J.T.C, Giovinazzo, R.A. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 01, n. 12, p.54-65, 2000. jul./set. 2000.
- 88 Bursztyn I, Ribeiro J.M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2): 404-416, mar-abr, 2005.
- 89 Anker M., Guidotti R.J., Orzeszyna S., Sapirie S.A, Thuriaux M.C., Rapid evaluation methods (REM) of health services performace: methodological observations. Bull Word Health Organ 1993; 71: 15-21.

APÊNDICE

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Avaliação da Implantação de Unidades Pronto Atendimento sob gestão do IMIP-Hospitalar, no período de 2011.

Pesquisadora Responsável: Greciane Soares

Instituição de origem: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Convido você a participar da pesquisa “Avaliação da Implantação de Unidades Pronto Atendimento sob gestão do IMIP-Hospitalar”

Logo que se sinta esclarecido (a), você deverá assinar esse documento. Para tanto deve ler com atenção as informações aqui contidas e tirar suas dúvidas sempre que precisar.

O objetivo dessa pesquisa é: Avaliação da Implantação de Unidades Pronto Atendimento sob gestão do IMIP-Hospitalar, na Região Metropolitana do Recife.

Ao participar, você estará contribuindo para melhor organização desse serviço e terá :

1. Garantia de receber resposta à pergunta ou esclarecimento de quaisquer dúvidas sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados com a pesquisa;

2. Liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar;
3. Segurança de que não será identificado(a) e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a sua privacidade;
4. Garantia de que a pesquisa não oferece riscos porque não será realizado nenhum outro exame ou procedimento diferente daqueles previstos.

Solicitamos ainda a sua autorização para que o questionário respondido por você passe a fazer parte do banco de dados do IMIP, sob a nossa guarda e que possa ser utilizado também em estudos futuros, respeitando as mesmas garantias acima. Os resultados de pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos, tais como: artigos em revista científica, congressos e reuniões científicas

Se você concordar em participar do estudo, pedimos que assine este documento, em duas vias, sendo uma delas de sua propriedade, afirmando que entendeu as explicações e que está de acordo.

Eu li este documento, fui esclarecido (a) sobre o seu conteúdo deste termo de consentimento. Eu entendi a finalidade da pesquisa e estou ciente e esclarecido (a) sobre tudo o que acontecerá durante o estudo. Eu dou meu livre consentimento para participar desse projeto como foi descrito neste documento.

Garantimos que nenhuma informação que possa identificá-lo (a) será revelada. Se você tiver alguma dúvida com respeito a essa pesquisa, poderá entrar em contato com Greciane Soares, Prof^a Luciana Dubeux e Dr^a Isabella Samico pelo telefone (81) 2122-4147.

Eu _____ RG _____

abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos anteriormente relacionados, concordo em participar.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Recife, _____ de _____ de 201__

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Rua dos Coelhos, 300.

Boa Vista – Recife-PE – Brasil

CEP: 50.070-550

Fone/Fax: (81) 2122-4756