



Lilian Maria Ferreira

La calidad de la asistencia multiprofesional al servicio de urgencias y emergencias de la unidad de atención de emergencias de salud pública (UPA) en la ciudad de Iporá Goiás

LA ASISTENCIA MULTIPROFESIONAL
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y
SALUD DE EMERGENCIA PUBLICADO
EN LA UNIDAD URGENTE DE SALUD-
(UPA) EN LA CIUDAD DE IPORÁ-GOIÁS

DIRECTORA: Prof^{ra} .Dr^a. Mônica Cristina Padro

Argentina-2020

“La búsqueda de la calidad es la dimensión ética de la vida profesional. Con él, todo esfuerzo razonable para monitorear la calidad será exitoso. Sin él, el más ingenioso de los sistemas de monitoreo fallará ”.

Aclaración de Firma

UCES
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

Buenos Aires, 30 de Julio de 2020

Por la presente se autoriza el pasaje del documento de Trabajo Final: La calidad de la asistencia multiprofesional al servicio de urgencias y emergencias de la unidad de atención de emergencias de salud pública (UPA) en la ciudad de Iporá Goiás; de la alumna Lilian Ferreira, correspondiente a la Carrera de Doctorado en Salud Pública, orientación Epidemiología, aprobado por las autoridades de la carrera, para su evaluación por parte de los jurados:

Firma y aclaración del Director/Tutor: Dra. Mónica C. Padró



Firma y aclaración del Coordinador de Trabajo Final de la Carrera:


Dra. Kumiko Eiguchi
Coordinadora Académica
de la Carrera de Doctorado
de Salud Pública

Firma y aclaración del Director de la Carrera:

Dedicatoria

A mis padres, **José Ferreira y Dirce Maria**, por haberme dado la vida y enseñarme valores morales y éticos de los cuales estoy muy orgulloso y reflejo e intrínsecamente traigo. Gracias por su paciencia, confianza e incentivos, siempre empujándome hacia nuevas conquistas y mi Hermanos y sobrinhas de la familia: (Fábio Luiz, Willhian Ferreira, Amanda Rayllha y Maria Julia).

Ao *Emival Junior*,

Mi amor que conocí en el camino, comparto el mérito de esta victoria contigo y gracias por tu paciencia e motivación conmigo.

Agradecimientos

A **DIOS**, por estar siempre presente en mi vida, especialmente en los momentos más difíciles.

A la prof. Dr^a. Mónica Cristina Padro, mi **asesora y animadora que me guió en este camino con tranquilidad y sabiduría.**

A los profesores que son miembros de la junta examinadora, por sus contribuciones al crecimiento y desarrollo de esta investigación.

Al equipo de profesionales, de la unidad de atención de emergencias-UPA, que colaboraron enormemente para llevar a cabo esta investigación.

Como mis amigos y simpatizantes: Deirielles Aline, Fabielle Arantes, Francielle Borges, Luciana Itacaramby, Pollyana Martins, Sueli Oliveira, especialmente mis amigos del curso Cláudia y Regiane, a quienes conocí en Buenos Aires, permanecerán para siempre en mis recuerdos apoyándome y animándome en todos los momentos de esta trayectoria. Amigo es una de las mejores cosas del mundo. Gracias por tu amistad.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo evaluar la calidad de la asistencia brindada por el equipo multiprofesional en la unidad de Atención de Emergencia en el departamento de emergencias y Emergencias en la ciudad de Iporá Goiás, Brasil. En los años 2017 y 2020. Se investigó la unidad de atención de emergencias-UPA, y se entrevistó a varios profesionales en esta etapa, con un equipo médico compuesto por 17 médicos, el equipo de enfermería consta de 8 enfermeras, 22 técnicos de enfermería, 06 recepcionistas, 4 asistentes de limpieza, 2 empleados, 1 asistente administrativo, 1 coordinador de enfermeira, 1 director administrativo y 204 usuarios del SUS. Es un estudio de caso múltiple de naturaleza exploratoria y explicativa. Tiene como referencia analítica las dimensiones generales de calidad a evaluar: 1 - respeto por los derechos de las personas, a) confidencialidad de la información, b) privacidad en el servicio, c) derecho a la información, d) comodidad, e) dignidad y cortesía, f) priorizar al usuario, g) percibir la calidad de la atención, 2 - bienvenida; y análisis de estructura y proceso. Para su estudio, utilizó varios métodos y técnicas para evaluar las dimensiones generales de calidad que se evaluarán como referencia analítica: 1 - respeto por los derechos de las personas, a) confidencialidad de la información, b) privacidad en el servicio, c) derecho a la información, d) comodidad, e) dignidad y cortesía, f) priorización del usuario, g) percepción de la calidad de la atención por parte de los usuarios, 2 – bienvenida; y análisis de estructura y proceso. Para su estudio, utilizó varios métodos y técnicas para captar la satisfacción de los usuarios, evaluar las condiciones de trabajo, las motivaciones de los médicos y las enfermeras, evaluar las políticas de calificación para la asistencia con el gerente de la unidad de salud y analizar los registros médicos de los pacientes. Permitiendo al final una evaluación general de todo. Sus principales hallazgos son: a) La insatisfacción unánime con las condiciones ofrecidas por los usuarios, los profesionales y el gerente de la unidad de emergencias, siendo el hacinamiento de emergencias la expresión más evidente de las malas

condiciones ofrecidas; b) El trabajo de los profesionales por parte de los usuarios se evalúa mucho mejor que las condiciones ofrecidas. Los médicos y las enfermeras están altamente motivados para trabajar en emergencias, pero el grado de motivación no interfiere con la satisfacción de los usuarios; c) A pesar del reconocimiento del gerente de que el host calificado como riesgo es el elemento central de la recalificación de emergencias, la recepción de emergencia tuvo el mayor número de quejas de los usuarios; d) Con respecto a las dimensiones de calidad, la evaluación en general fue buena en relación con la confidencialidad y la asistencia clínica, una evaluación razonable en relación con el derecho a la información y la dignidad y cortesía en el servicio y una evaluación muy pobre en relación con la comodidad, la confidencialidad de la información, y tiempos de espera.

Al llevar a cabo el estudio, se puede concluir que a pesar de la falta de recursos materiales e incluso humanos, la atención de emergencia en el SUS y la calidad debido al trabajo realizado debido a la motivación de los profesionales, incluso con una carga de trabajo alta y mal remunerada, el estudio mostró que la mayoría de ellos están muy satisfechos con trabajar en el servicio de emergencia.

Palabra clave: Calidad de la atención en Urgencias y Emergencias.

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the quality of the assistance provided by the multiprofessional team in the Emergency Care unit in the Emergencies and Emergencies department in the city of Iporá Goiás, Brazil. In the years 2017 and 2020. The emergency care unit-UPA was investigated, and several professionals were interviewed at this stage, with a medical team made up of 17 doctors, the nursing team consists of 8 nurses, 22 nursing technicians, 06 receptionists, 4 assistants of cleaning, 2 employees, 1 administrative assistant, 1 nurse coordinator, 1 administrative director and 204 SUS users. It is a multiple case study of an exploratory and explanatory nature. Its analytical reference is the general dimensions of quality to be evaluated: 1 - respect for people's rights, a) confidentiality of information, b) privacy in the service, c) right to information, d) comfort, e) dignity and courtesy, f) prioritize the user, g) perceive the quality of care, 2 - welcome; and structure and process analysis. For his study, he used several methods and techniques to evaluate the general dimensions of quality that will be evaluated as an analytical reference: 1 - respect for people's rights, a) confidentiality of information, b) privacy in the service, c) right to information, d) comfort, e) dignity and courtesy, f) prioritization of the user, g) perception of the quality of care by users, 2 - welcome; and structure and process analysis. For his study, he used various methods and techniques to capture user satisfaction, evaluate working conditions, motivations of doctors and nurses, evaluate qualification policies for assistance with the health unit manager, and analyze medical records of patients. Allowing at the end a general evaluation of everything. Its main findings are: a) Unanimous dissatisfaction with the conditions offered by users, professionals and the manager of the emergency unit, being the overcrowding of emergencies the most obvious expression of the poor conditions offered; b) The work of professionals by users is evaluated much better than the conditions offered. Doctors and nurses are highly motivated to work in emergencies, but the degree of motivation does not interfere with user

satisfaction; c) Despite the manager's recognition that the host classified as a risk is the central element in the requalification of emergencies, the emergency reception had the highest number of complaints from users; d) Regarding the quality dimensions, the evaluation in general was good in relation to confidentiality and clinical care, a reasonable evaluation in relation to the right to information and dignity and courtesy in the service and a very poor evaluation in relation to the comfort, the confidentiality of the information. and waiting times.

When carrying out the study, it can be concluded that despite the lack of material and even human resources, the emergency care in the SUS and the quality due to the work carried out due to the motivation of the professionals, even with a load of high and poorly paid work, the study showed that most of them are very satisfied with working in the emergency service.

Key Word: Quality of care in Urgency and Emergency.

SIGLAS

SUS-Sistema Único de la Salud

UPA- Unidad del Pronto Atención

PROADES- Programa de evaluación del desempeño del Sistema de Salud

CNES- Clasificación Nacional de Entidades Sanitarias

QUALI-SUS-Qualificação do Sistema Único de Salud

AMIB- Asociación Brasileña de Medicina Intensiva

UCI- Unidades de cuidados intermedios

ESF-Estrategia de Salud Familiar

OCDE- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

CFM-Consejo Federal de Medicina

IAM-Infarto agudo do Miocardio

CONASS- Secretaria del Consejo Nacional de Salud

OMS- Organización Mundial de Salud

PNAU- Programa Nacional de Atención de Emergencias

SAMU-Servicio Atendimento Movel de Urgencia

OPS-Organización Panamericana de Salud

PNH-Programa Nacional de Humanización

TCLE- Términos de Consentimiento Aclariación Libre

IBGE- Instituto Brasileño de Geografía y Estadística

EVT- Escola de valores trabalho

SUMÁRIO

CAPITULO 1

1.ENFOQUE DE LA SALUD EN BRASIL: la atención hospitalaria y la calidad de la atención en general	10
1.1 Introducción	10
1.1.2 Un Breve Comentario Sobre Hospitales Públicos y Privados en Brasil	13
1.2 Producción Hospitalaria	14
1.3 Definición De Calidad	20
1.4 Calidad De La Atención Hospitalaria En El SUS	22
1.5 Efectividad De La Atención Hospitalaria	23
2.CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA	25
2.1 Políticas De Salud: El Movimiento De Reforma De Salud Los Principios y Lineamientos Del Sistema Único De Salud-SUS	25
2.2 Evaluación de Salud y SUS Dimensiones De Calidad	28
2.3 Política De Calificación De Atención Médica – QualiSUS	43
2.4 Política Nacional De Atención De Emergencia	49
2.5 Política Nacional De Humanización – HumanizaSUS	57
3. Metodología	60
3.1 Definición De Las Dimensiones De La Calidad De La Atención	63
3.2 Sobre Instrumentos De Investigación	65
3.3 Desarrollo De Instrumentos De Investigación	73
3.4 Construcción De La Matriz De Desarrollo De Instrumentos De Investigacion	74
4.Materiales y Métodos	77
5. Caracterización Del Locus De Investigación	80
5.1. Definición De La Muestra	82
5.2 Obtención De La Recopilación De Datos.....	84
5.3 Preparación y Recopilación De Datos	84
5.4 Obtención De Datos De Investigación	87
5.5 Plan De Análisis De Datos	88

CAPITULO 2

1. SATISFACCIÓN DEL USUARIO: La evaluación De La Asistencia Urgente y De Emergencia En Una Unidad De Emergencia De Mediana Complejidad.	91
1.1 Introducción	91

2. Metodología Para Evaluar La Satisfacción Del Usuario	99
3.Elaboración Del Instrumento De Evaluación De Satisfacción Del Usuario	100
4.Coleta De Dados	105
5. Plan De Análisis Del Cuestionario Del Usuario	106
6.Resultados De Satisfacción Del Usuario	108
6.1 Caracterización De Usuarios Atendidos En Urgencias	108
7. Evaluación De La Satisfacción De Los Usuarios Con La Atención	116
8. Discusión De Los Resultados De La Satisfacción Del Usuario	126
CAPITULO 3	
1.SATISFACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAM EM LA SALADE EMERGENCIAS LAS 24 HORAS:MEDICOS, ENFERMERAS Y TÉCNICOS DE ENFERMERÍA: Sus Motivaciones Para Trabajar En Emergencias Y Las Condiciones De Trabajo Que Ofrecen Los Hospitales Públicos	132
1.1 Introducción	132
2 Metodologia	138
2.1 Elaboración Del Instrumento De Evaluación	138
2.2 Condiciones Laborales Que Ofrecen Los Hospitales	140
2.3.Caracterizaçã Dos Profissionais	142
3. Coleta dos dados	145
4. Resultados	145
4.1 Caracterización De Profesionales	145
5. Condiciones de trabajo	152
6. Discusión	155
7. OBSERVACIÓN DEL INVESTIGADOR: Las Condiciones Ofrecidas a Los Usuarios Y La Organización De La Unidad De Atención De Emergencia	159
7.1 Introduccion	159
8. Metodología De Observación	160
8.1 Desarrollo De Instrumentos De Observación	160
8.2 Colección de observaciones	164
8.3 Plan De Análisis De Observación	166
8.4 Resultados De Las Observaciones	167
8.4.1 Notificación De Observaciones De Emergencia	167
8.5 Evaluación De La Medición De Tiempos De Espera	170

9. Discusión	176
10.LLENADO DE PRÁCTICAS POR MÉDICOS Y ENFERMERAS	182
10.1 Introducción	182
10.2 Metodología: Desarrollo De Instrumentos	183
10.3 Plan de Análisis De Resultados	185
10.4 Resultados	176
11. Discusión	186

CAPITULO 4

1. LAS POLÍTICAS DE CALIFICACIÓN Y LA CALIDAD DE LA URGENCIA Y LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA PROPORCIONADA POR EL HOSPITAL: La Apariencia Del Gerente Del Hospital	190
1.1 Introducción	190
2. Metodología De La entrevista Con Los Directores De La Unidad De Salud	191
3.Preparación De La Entrevista Con El Director De La Unidad	193
4. Realizar Una Entrevista Con El Director De La Unidad Com	193
5. Matriz De Condensación De Los Significados De La Entrevista	197
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	198
6.1CONTRIBUCIPON DE LOS TRABAJADORES A LA CALIDADE DE LA ATENCIÓN EM EMERGENCIAS	198
7. Satisfacción del usuario con la atención de emergência	204
8. Condiciones de trabajo ofrecidas por la unidad de salud	206
9. Existencia de una política para calificar la atención de urgencia en la unidad Salud	209
10. Aspectos básicos de una propuesta para mejorar la calidad de la atención urgente y de emergência	212
11. Condiciones del equipo directivo para desarrollar una propuesta de mejora de la calidad	216
12. ANÁLISIS FINAL: conclusiones y resultados	221
13. CONDICIONES OFERECIDAS	223
14. TRABAJO DE PROFESIONALES	225
15. ANALISIS DE LASDIMENSIONES DE CALIDAD	226
15.1 Recepción	226
16 Respeto A Los Derechos De Las Personas	228
REFERENCIAS	236
ANEXOS	244

CAPITULO 1

1.ENFOQUE DE LA SALUD EN BRASIL: la atención hospitalaria y la calidad de la atención en general

1.1 Introducción

1.1.2 Un Breve Comentario Sobre Hospitales Públicos y Privados en Brasil.

La atención hospitalaria en los sistemas de salud universales se ha debatido a la luz de los desafíos relacionados con los cambios en las demandas y condiciones de salud debido al envejecimiento de la población¹, la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, el aumento de los costos relacionados con el desarrollo y la incorporación de tecnología, entre otros aspectos.

En Brasil, la participación de procedimientos de mayor complejidad en relación con los demás en recursos destinados a la salud ha aumentado en las últimas décadas. Considerando también la disposición legal para la posibilidad de contratar servicios de salud privados de forma complementaria en el Sistema único de la Salud (SUS), es relevante desarrollar estrategias y metodologías para monitorear la atención hospitalaria como un elemento de las Redes de Atención Médica (RAS) para garantizar la integridad de la atención. (Brasil ,2017).

Los datos presentados por los indicadores Programa de Avaliação de desempenho del Sistema de la Salud do (PROADESS) - Proyecto de evaluación del desempeño del sistema de salud, para el período 2009 a 2017, sobre las características de la red hospitalaria, considerando el tamaño y la esfera legal, en Brasil y en las principales regiones. Luego, los indicadores se presentan considerando el conjunto de hospitales públicos o privados con SUS, incluidos los indicadores sobre el desempeño del hospital. En 2017, se registraron un total de 5.819 hospitales en el Registro Nacional de Establecimiento de la Salud(CNES), que tenían al menos 1 cama, de los cuales el 60% tenía menos de 50 camas (pequeñas), y aproximadamente el 16,2% tenía 100

camas o más. En la región del Medio Oeste, el 76% de los hospitales eran pequeños y la proporción más pequeña de estos establecimientos estaba registrada en el Sureste (48%). El número de camas por habitante destinado a hospitalización, excluyendo camas de estadía prolongada y camas de hospital de día, fue de 1.72 para el país, variando de 1.55 en el norte a 2.08 en el sur. Incluso si se consideraran todas las camas, tendríamos, en 2017, alrededor de 1.98 camas por cada 1,000 habitantes, un valor inferior al recomendado por la Ordenanza GM / MS No. 1101/2006, vigente hasta octubre de 2015. (Brasil, 2015).

Es posible observar el suministro de hospitales, de acuerdo con las diferentes esferas legales por Región de Salud (RS). Considerando los tres tipos de esfera legal, las diferentes combinaciones de composición de las 438 Regiones de Salud. Alrededor del 48% de ellas están compuestas por municipios que tienen administración pública, empresas y hospitales sin fines de lucro. Sin embargo, en 70 RS (16%) no hay hospitales comerciales (27 en el NE y 28 en el SE) y en otros 70 RS no hay hospitales de administración pública, entre los cuales 40 RS solo tienen hospitales sin fines de lucro. Con respecto a la esfera legal de los hospitales, al comparar datos de 2012 y 2017, se puede ver que en todas las regiones del país, con la excepción de la región Sur, hubo un aumento en los hospitales de la administración pública y una disminución en los hospitales comerciales y sin fines lucrativos. Esta disminución fue más expresiva en los hospitales comerciales, cuya disminución fue del 24% (sudeste) al 42% (norte). En el caso de los hospitales sin fines de lucro, esta variación fue menor, con la excepción de la región Norte, que mostró un aumento del 11% en el número de estos establecimiento, (Brasil ,2015).

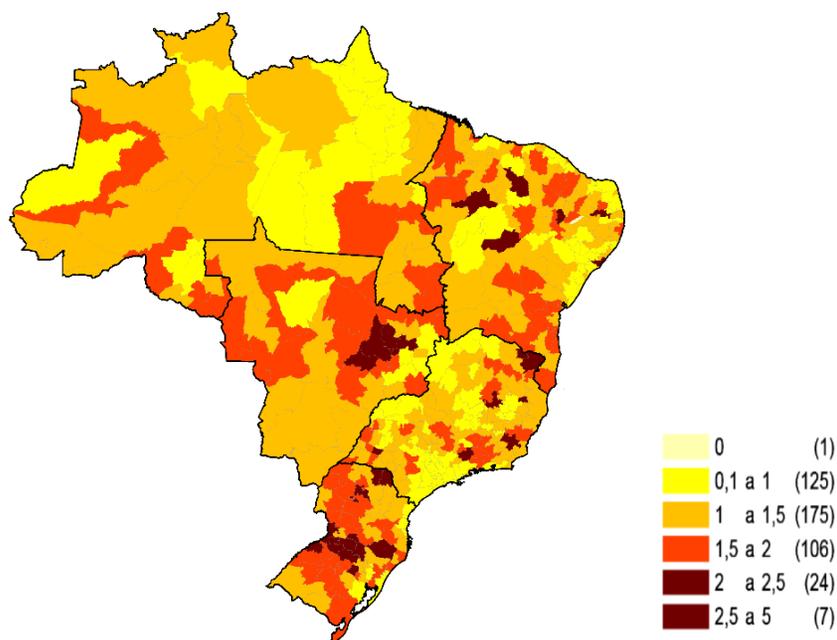
De 2009 a 2017, el número de camas de cuidados curativos disponibles para el SUS por cada mil habitantes disminuyó en todas las regiones principales, excepto en el Norte, donde permaneció en la misma magnitud (Tabla 2). Las mayores disminuciones se observaron en el Medio Oeste y Sudeste, 17.4% y 15.2%, respectivamente. En 2017, la tasa más alta (1.46) se

observó en el sur y medio oeste (1.33) y la tasa más baja en el sudeste (1.00). Además de las camas destinadas a cuidados curativos, es importante verificar la tendencia en la evolución de las camas para Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), tanto para adultos como para neonatos (Figuras 8 y 9). En 2017, la disponibilidad de camas para UCI / UCO para adultos era de 6.8 por cada 100 mil habitantes. Según el Consejo Federal de Medicina⁷, la Asociación Brasileña de Cuidados Intensivos (AMIB) recomienda que la oferta ideal sería de 1 a 3 camas en la UCI por cada 10.000 habitantes. Si tomáramos este parámetro para evaluar el acceso a las camas de UCI, la tasa en Brasil sería de 0.7 camas de UCI / UCO por 10,000 habitantes, mucho más baja que la recomendada por AMIB. En las regiones del noreste, sudeste, sur y centro-oeste, el suministro de camas en la UCI para adultos aumentó entre 2009 y 2017, y en la región norte solo hay crecimiento desde 2013. En el sur, las tasas son siempre más altas que demasiado, y casi el doble de los que se ven en el Norte, y la expansión está aumentando en la serie de 2009 a 2017, (Brasil, 2019).

El número de camas neonatales en la UCI por cada mil nacidos vivos experimentó diferentes crecimientos en diferentes momentos, siendo más expresivo entre 2011 y 2013. Las desigualdades entre las regiones tienen las mismas características observadas para las camas adultas en la UCI, y en 2017, en la región sur presentaba 2,4 veces más camas por nacido vivo que la región norte. El parámetro de camas de UCI neonatales varía según las recomendaciones institucionales. El Ministerio de Salud asume como referencia 2 camas de UCI por cada 1.000 nacidos vivos⁹. Sin embargo, según la Sociedad Brasileña de Neonatología, se necesitan alrededor de 3 mil camas para alcanzar la tasa recomendada por 4 camas por cada 1,000 nacimientos vivos. A su vez, las Regiones de Salud se pueden observar de acuerdo con las tasas de camas curativas y cuidados intensivos (adultos y neonatales) disponibles para el SUS en 2017. Al analizar el suministro de camas curativas, se observa que 126 (casi el 30%) Las Regiones de

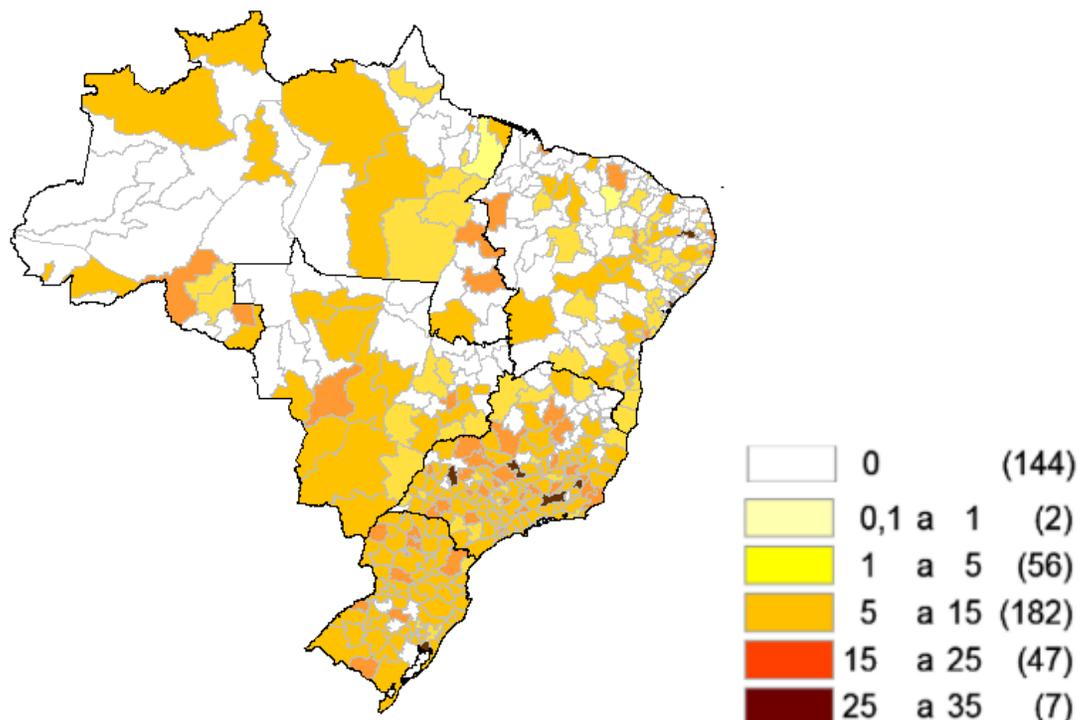
Salud tienen menos de 1 cama curativa disponible para el SUS por cada mil habitantes, y el 40% de las Regiones de Salud están en el rango de 1.0 a 1.5 camas. Cabe señalar que 1 RS, en el noreste, no tiene una cama curativa disponible para SUS; y solo el 7% de RS en el país tiene más de 2 camas / mil habitantes, ninguno de los cuales se encuentra en la Región Norte. Es de destacar el hecho de que 144 (33%) Regiones de Salud no tienen camas de cuidados intensivos disponibles para el SUS por cada 100 mil habitantes, la mitad de los cuales se encuentran en el noreste. Alrededor del 40% de los SR tienen una tasa de 5 a 15 camas / 100 mil habitantes, (Federección Brasileña de Hospitales, 2019).

Figura 1 – Regiones de salud por tasa de camas curativas y camas de cuidados intensivos disponibles para SUS- Brasil, 2017.



Fonte: PROADESS, 2017.

Figura 2. Presenta el número de camas de cuidados intensivos disponibles para el SUS por cada 100 mil habitantes y región del país. Brasil, 2017.



Fonte: PROADESS,2017.

1.2 Producción Hospitalaria

Según la información sobre la producción hospitalaria del SUS en SIH, en 2017, se llevaron a cabo aproximadamente 11.5 millones de hospitalizaciones en instituciones públicas o privadas financiadas por el SUS. Se observa que, de 2009 a 2017, la tasa de hospitalización en el SUS de la población residente disminuyó de 57.4 a 55.5 por cada mil habitantes. Los valores más altos se observaron en la Región Sur, donde, en 2017, la tasa alcanzó 67.1, con una tendencia creciente desde 2011. En las regiones Norte y Centro-Oeste, las tasas disminuyeron de 2010 a 2016. Las tasas más bajas, poco más de 50, se observaron en la región sudeste durante el período. En la región noreste, la tasa está muy cerca del promedio del país. Cabe señalar que, en

los últimos años, 2016 y 2017, hubo un aumento en la tasa de hospitalización en todas las regiones' (Brasil, 2019).

La reducción de esta tasa, en parte, debe trasladarse a un modelo de no asistencia, ya que algunos procedimientos altamente complejos también deben realizarse de forma ambulatoria, sin la intención de ser manejados adecuadamente como procedimientos crónicos, evitando así hospitalización por complicaciones de afecciones de salud. Ningún auditor público, debido a la creación de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) al final de los dos años 90 y las Unidades de Atención Preparada (UPA) desde 2011, ciertamente aumentó o aumentó la población de servicios de salud. Mientras tanto, se supone que la atención, especialmente en las zonas más desfavorecidas, disminuye, por un lado, por algunas de las afecciones más sensibles, por otro aumento o diagnóstico de afecciones que eventualmente requieren hospitalización. O el acceso a la atención hospitalaria altamente compleja, y no el SUS, puede dimensionarse u observar los impuestos del uso de procedimientos como la angioplastia, la revascularización de la cirugía miocárdica y cuadrilateral' (Brasil, 2019).

En la cirugía cardíaca, la angioplastia y la revascularización miocárdica han mostrado comportamientos complementarios, y la angioplastia, cuando es posible, parece ser el procedimiento elegido. La tasa de angioplastia estandarizada por cada 100 mil habitantes, en general, ha aumentado continuamente, y en la región sudeste, desde 2009, se ha observado un comportamiento casi idéntico al de Brasil. La región sur tuvo las tasas más altas en todo el período. Existe una variación significativa entre las principales regiones y, en 2017, la tasa estandarizada en el Sur fue de 102.9, en el otro extremo, en el Norte, fue de 21.7' (Brasil, 2019).

En la tasa de cirugía de revascularización miocárdica, las diferencias persisten, con una tasa de 24.9 por cada 100 mil habitantes en el sur y 8.3 en el norte, en 2017; con una disminución en las tasas para el país a partir de 2011. La tasa de hospitalización por cirugía de prótesis de

cadera (artroplastia) en los ancianos es un indicador utilizado internacionalmente para monitorear el acceso de los ancianos a procedimientos hospitalarios complejos. En el caso brasileño, existe una estabilidad en las series históricas en todas las regiones del país desde 2009, pero existen marcadas diferencias regionales incluso cuando se analiza la tasa estandarizada por edad y sexo' (Federación de Hospitales).

Los valores más altos siempre se han observado en la región sur, que está muy por encima del promedio del país. Además, las tasas en el sudeste y el medio oeste son similares, y en el norte y el noreste las cifras son mucho más bajas que en otras regiones. En comparación con los indicadores publicados por Organización para la Cooperación y en Desarrollo Económico (OCDE) en países europeos, en 2014, las tasas internacionales de artroplastia de cadera fueron mucho más altas que las de Brasil, en promedio 189 por cada 100 mil habitantes, que van desde 44 (Turquía) a 305 (Suiza). Sin embargo, no usan un corte de grupo de edad, y hay muchas multiplicidades de definiciones del procedimiento y las características de los sistemas de salud y la red de hospitales analizados (Federación brasileña de hospitales, 2019).

Esta situación se vuelve aún más grave con el envejecimiento de la población, el aumento de la violencia en el país y el estado, y el consiguiente aumento de las hospitalizaciones por causas externas y de emergencia. Debido a esta situación epidemiológica y demográfica, a la saturación de la red de emergencias y a estas unidades altamente complejas para hacer frente a situaciones límite entre la vida y la muerte, estas emergencias son el escenario de los principales conflictos entre trabajadores y gerentes, entre usuarios y profesionales y gerentes, y aquí es donde se producen las principales quejas de los medios de comunicación sobre el mal funcionamiento del sistema de salud, sus deficiencias y la deshumanización de la atención médica (Brasil, 2019).

Por lo tanto, estudiar la atención médica brindada en estas unidades de atención de emergencia es un gran desafío, un desafío que es aún mayor cuando se propone estudiar la

calidad de la atención brindada allí. Por lo tanto, se hizo la pregunta guía para la elaboración del proyecto:

¿Por qué las unidades de urgencia y emergencia de salud pública tienen muchas quejas?

¿Por qué la asistencia brindada por profesionales que trabajan en salud pública no se realiza bien?

A partir de entonces, la investigación se llevó a cabo en el observatorio de recursos humanos de la unidad de atención de emergencias, cuyo objeto de investigación fue la *"Evaluación de la calidad de la atención en términos de garantizar los derechos y la recepción de los usuarios, las condiciones ofrecidas y la motivación de los profesionales, en emergencias"*.

Esta tesis doctorado que forma parte de esta investigación y tiene como objetivo: evaluar "La Calidad de la Asistencia Multiprofesional en el Servicio las Urgencias y Emergencias en la Salud Pública en la Ciudad de Iporá -Goiás, Brasil. en los años 2017 y 2020". Los objetivos específicos son:

- Trazar un perfil del equipo multiprofesional que prestan asistencia a los pacientes en el sector de urgencias y emergencias;
- La satisfacción de los usuarios atendidos en las unidades de urgencias y emergencias;
- Investigar las motivaciones en el trabajo de los profesionales de la unidad;
- Las condiciones de trabajo de las unidades por el equipo multiprofesional;
- Observar los puntos críticos de las unidades en cuanto a los tiempos de espera y organización acogedora de las urgencias y emergencias;
- Avaliar la rutina del llenado de los prontuarios por los equipo multiprofesional;
- Analizar la percepción de los gestores de las unidades en cuanto a la calidad de los servicios prestados y la política de calificación de la atención a la salud de urgencia y emergencia;

- Describir los tipos de asistencia realizada en los sectores de urgencias y emergencias;
- Verificar las principales contribuciones que este estudio trae para la atención donde utilizan calidad en el servicio de urgência e emergência;
- Demostrar la importancia de la calidad en la asistencia trae beneficio a la salud del paciente;

Como a lo largo del texto trabajaremos con los términos emergencia, urgencia y atención de emergencia, es necesario establecer las definiciones. El Consejo Federal del Medicina (CFM) en la resolución número 1451 de 1995 establece las definiciones de los conceptos de urgencia y emergencia que se adoptarán en el lenguaje médico en Brasil. (Alencar et al.,2018).

"Artículo 1 - Los establecimientos de primeros auxilios públicos y privados deben estar estructurados para brindar asistencia en situaciones de emergencia urgente, garantizando todas las maniobras de soporte vital y con condiciones para continuar la asistencia en el sitio o en otro nivel de atención referenciado "(Alencar et al., 2018).

"Párrafo uno: se define con urgencia una ocurrencia imprevista de problemas de salud con o sin riesgo potencial de vida, cuyo transportista necesita asistencia inmediata".

"Párrafo dos: las emergencias médicas se definen como afecciones médicas de problemas de salud que implican un riesgo inminente de vida o sufrimiento intenso, por lo que requieren tratamiento médico inmediato "(Alencar et al.,2018).

En ambas situaciones, necesitamos tratamiento médico inmediato, en el caso imprevisto de problemas de salud. La diferencia entre urgencia y emergencia se debe a la observación médica del riesgo inminente de vida o sufrimiento intenso. Es decir, hasta este diagnóstico médico, son situaciones equivalentes que necesitan tratamiento médico inmediato. En la clasificación de riesgos como veremos en el segundo capítulo, la emergencia corresponde al nivel

rojo (prioridad cero) y la urgencia corresponde al nivel amarillo (prioridad, servicio dentro de los 15 minutos). La atención de emergencia abordada en este estudio corresponde a situaciones no emergentes y no urgentes que en la clasificación de riesgo corresponden al nivel de atención verde y azul (situación no urgente y citas médicas). Por lo tanto, cuando se trata con la Unidad de urgencia, la unidad de emergencia y la unidad de urgencia y emergencia, corresponden a unidades altamente complejas para atención de urgencia y emergencia (Brasil, 2019).

Esta tesis no tiene como objetivo evaluar la implementación de políticas de calificación para las unidades de emergencia, pero tiene como objetivo evaluar la calidad de la atención prestada en la atención de situaciones urgentes y de emergencia en la propia red pública. Por lo tanto, fue necesario realizar una revisión sobre la evaluación de la calidad de la salud, sus dimensiones cualitativas y las políticas de calidad desarrolladas en el país. Además de las revisiones teóricas específicas desarrolladas en cada uno de los capítulos de evaluación. La evaluación de la calidad de la atención de salud podría llevarse a cabo en función de varios enfoques, tales como: su efectividad para resolver el problema de salud, la eficiencia en el uso de los recursos públicos o la calidad técnico-científica de la asistencia brindada. Sin embargo, este estudio privilegia las características relacionales entre los agentes de las acciones: usuario versus profesional, profesional versus profesional y gerente versus profesional (Brasil, 2015).

Partimos del supuesto de que el componente de la acción humana es determinante de todo el proceso de atención médica, ya sea la acción del profesional finalista o la acción del usuario que busca el servicio o la acción del gerente de la unidad para garantizar condiciones adecuadas. Con este fin, este estudio, además de definir las dimensiones cualitativas a evaluar que privilegian la acción / relación humana, se ocupó de escuchar a los actores sociales involucrados en este proceso: usuarios, profesionales y gerentes.

La complejidad del tema a estudiar exigió un gran esfuerzo en la elaboración del diseño metodológico que implicaba escuchar a todos los actores involucrados, incluidos los investigadores de evaluación, y hacer que las diversas evaluaciones dialogasen. Este esfuerzo también requirió la audacia de quienes investigan, a través de nuevas técnicas y métodos, para ser creativos en situaciones poco estandarizadas para llevar a cabo los análisis e interpretaciones necesarios para aprehender el objeto estudiado.

En el primer capítulo, cubre la construcción del problema de investigación, y en la primera parte, se realiza una reflexión basada en enfoques dentro del alcance de la política de salud, contextualizando la organización de acciones y prácticas de salud. También se consideró importante recuperar los principios de equidad, integralidad, universalidad de acceso, regionalización, jerarquización, resolubilidad, participación y control social, que sirvieron como soporte teórico para el análisis de todo el material de investigación empírica.

En la segunda parte del capítulo, se juzgó una importante revisión teórica de las teorías administrativas y cómo influyen en la organización de los servicios de salud, prestando especial atención a la teoría de la Calidad Total, ya que esto se ha discutido mucho en salud, como modelo de organización del proceso de trabajo. La tercera parte trae un concepto teórico sobre la calidad, enfocado en el trabajo de salud, con un análisis crítico de la implementación de programas de asistencia que se enfocan en la Calidad Total. El cuarto presenta apoyo teórico sobre Satisfacción y su uso como uno de los indicadores para evaluar la calidad de los servicios, privilegiando la discusión sobre su uso en el área de la salud.

1.3 Definición De Calidad

El término calidad designa diferentes significados según el contexto en el que se inserta, considerado relativo porque implica un juicio de valor individual y colectivo.

El término *Qualitus* se deriva del latín y esto dio lugar a la palabra "calidad", y se utiliza en situaciones muy diferentes. Por ejemplo, cuando se trata de la calidad de vida de las personas en un país o región, cuando se trata de la calidad del agua que bebe o del aire que respira, cuando habla de la calidad del servicio prestado por una determinada empresa, o incluso cuando se trata de la calidad de un producto en general (Mendes et al., 2012).

Con respecto a los productos y / o servicios vendidos en el mercado, existen varias definiciones de calidad: "cumplimiento de los requisitos del cliente", "relación costo / beneficio", "idoneidad para el uso", "valor agregado, que productos similares no tener "; "hazlo bien la primera vez"; "productos y / o servicios de manera efectiva". De todos modos, el término se usa generalmente para significar "excelencia" para un producto o servicio. La calidad de un producto o servicio se puede ver desde dos perspectivas: la del productor y la del cliente, aún según Deming "La calidad solo se puede definir en términos de quien lo evalúa". Desde el punto de vista del productor, la calidad está asociada con el diseño y la producción de un producto que satisfaga las necesidades del cliente. Desde el punto de vista del cliente, la calidad está asociada con el valor y la utilidad reconocida para el producto, en algunos casos vinculada al precio. Desde el punto de vista de los clientes, la calidad no es unidimensional (Mendes et al., 2012).

Es decir, los clientes no evalúan un producto considerando solo una de sus características, sino varias. Por ejemplo, su tamaño, color, durabilidad, diseño, funciones que realiza, etc. Por lo tanto, la calidad es un concepto multidimensional. La calidad tiene muchas dimensiones y, por lo tanto, es más difícil de definir. De esta manera, puede ser difícil incluso para el cliente expresar lo que considera un producto de calidad. Los requisitos se definen en términos de variables tales como: longitud, ancho, altura, peso, color, resistencia, durabilidad, funciones realizadas, tiempo de entrega, amabilidad del cliente, velocidad del servicio, efectividad del servicio, etc. Luego, cada requisito se cuantifica, de modo que la calidad pueda ser interpretada por todos (empresa,

trabajadores, gerentes y clientes) exactamente de la misma manera. Con todo lo mencionado, cómo evaluar y medir la calidad de un servicio de salud prestado a los pacientes, para esto conoceremos la calidad de la atención en una unidad de salud. (Mendes et al.,2012).

1.4 Calidad De La Atención Hospitalaria En El SUS

En PROADESS, la adecuación se define como el grado en que la atención brindada a las personas se basa en el conocimiento técnico-científico bien fundado existente. Uno de los indicadores de esta dimensión es la duración promedio de la estancia hospitalaria de pacientes de 60 años o más hospitalizados por una fractura de cadera en el período de 2009 a 2017 para Brasil y las principales regiones. En el país, hay estabilidad del indicador a lo largo de la serie con una pequeña disminución en el año 2017. A partir de 2009, el valor nacional, que fue de 8.4 días, aumentó a 9.2 días en 2013, disminuyendo a 8, 6 en 2017. La duración promedio de la estadía en el norte y en la región del medio oeste es notable. En la región Norte, desde 2009, hubo un pequeño aumento hasta 2012, alcanzando un valor más alto que el observado en las otras regiones a lo largo de la serie. A partir de 2012, el valor del indicador disminuyó hasta 2017, pero aún estaba por encima de todas las demás regiones. En el Medio Oeste, por otro lado, hubo una reducción de 10.2% (2011) a 8.0% (2017). Las regiones sur y noreste presentan comportamientos similares al promedio brasileño, aunque a diferentes niveles. En la región sudeste, existe una tendencia de crecimiento hasta 2016. Los valores se calculan considerando la relación entre el número de días de hospitalización por fractura de cadera (PROADESS, 2017).

La atención a los pacientes con accidentes cerebrovasculares (accidentes cerebrovasculares) también se puede evaluar en relación con su adecuación. En caso de accidente cerebrovascular, se recomienda realizar una tomografía computarizada en los primeros 7 días de hospitalización. Se puede ver el aumento en los porcentajes de hospitalizaciones por accidentes cerebrovasculares que utilizaron este examen en el tiempo recomendado durante el período 2009-

2017. Sin embargo, existen discrepancias entre las regiones principales, con el Sur y el Sudeste presentando porcentajes más del doble que los del Norte. En PROADESS, la seguridad se define como la capacidad del sistema de salud para identificar, evitar o minimizar los riesgos potenciales y los resultados indeseables asociados con la atención médica y las intervenciones (PROADESS, 2017).

Entre los indicadores propuestos, se incluye la infección por hepatitis C debido a la atención médica, que incluye contaminación por transfusión, hemodiálisis, tratamiento quirúrgico o tratamiento dental, y se considera un evento adverso evitable¹³. Del total de casos con una fuente conocida de infección, el 31.7% en 2017 se debió a la atención médica. Este porcentaje ha disminuido y desde 2013 se ha mantenido por debajo del 40%. Mientras que el noreste, el sureste y el sur tienen valores similares al total para Brasil, las regiones del norte y medio oeste, en general, tienen porcentajes más bajos. Es importante tener en cuenta que este indicador depende de las condiciones técnico-operativas del sistema de vigilancia epidemiológica, en cada área geográfica, y, como resultado, puede haber un subregistro de casos.(Brasil, 2019).

Otro indicador de seguridad en la atención hospitalaria utilizada en PROADESS es la frecuencia de las úlceras de decúbito causadas durante la hospitalización, especialmente para estadías prolongadas. Las notificaciones de esta condición han aumentado considerablemente desde 2014, debido a la implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente. En 2017, se notificaron 9.633 eventos en Brasil, y las regiones del Norte y Medio Oeste tuvieron la menor cantidad de notificaciones. (PROADESS, 2017).

1.5 Efectividad De La Atención Hospitalaria

La efectividad del sistema de salud significa el grado en que la asistencia, los servicios y las acciones logran los resultados esperados. En el caso de la atención hospitalaria, los indicadores monitoreados con mayor frecuencia se refieren a la tasa de mortalidad hospitalaria

dentro de los 30 días posteriores a la hospitalización para casos de accidente cerebrovascular (isquémico y hemorrágico) y IAM- infarto agudo de miocárdio.(Brasil, 2019).

El porcentaje de muertes hospitalarias por accidente cerebrovascular isquémico en el período de 2009 a 2017 para Brasil y las principales regiones. A partir de 2010, existe una tendencia a que este indicador disminuya en las regiones Sur (valor más bajo), Medio Oeste y Sudeste. En el noreste, hay una tendencia a la baja desde 2012 y en el norte, hay un aumento en 2016. Para el país, la tasa actual es de alrededor del 16%, un nivel superior al informado para el grupo de países evaluados, en 2015 rondaba el 8,2% . Se encuentra el porcentaje de muertes hospitalarias en los ingresos por accidente cerebrovascular hemorrágico. En general, este tipo de accidente cerebrovascular causa daño cerebral inmediato y mayor. En la región del Medio Oeste, hay un mayor porcentaje de casos de hospitalización por accidente cerebrovascular hemorrágico que han evolucionado hasta la muerte. Se observó un mejor desempeño en la región sur, donde las tasas están entre 20% y 25%, aunque se ha identificado un aumento desde 2014. En general, las principales regiones y el país mostraron un pequeño aumento desde 2013 en la tasa de mortalidad hospitalaria por accidente cerebrovascular hemorrágico, que alcanza el 28% en 2017.(Consejo Federal de Medicina 2017).

Segundo o CFM (2017), Otro indicador de efectividad es la tasa de mortalidad hospitalaria en los primeros 30 días de hospitalización por Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Entre las regiones principales, el sudeste y el sur muestran una tendencia a la caída del porcentaje. Al comienzo de la serie, la tasa en el país era del 14.3%, y los valores oscilaban entre el 15.5% en la región Norte y el 13.1% en la Región Sur. A pesar de las variaciones en el año 2017, se observa un porcentaje 11.9% en Brasil, y, entre las regiones, el valor más bajo se observó en el Sur (10.2%) y el más alto en el Nordeste (12,5%). Según la OCDE, la tasa de

mortalidad por IAM en los primeros 30 días de hospitalización fue de 7,5% en promedio para los países analizados en 2015.

1. CONSTRUCCIÓN DELPROBLEMA

2.1 Políticas De Salud: El Movimiento De Reforma De Salud Los Principios y Lineamientos Del Sistema Único De Salud-SUS

"Las políticas públicas implican propuestas, planes, metas definidas en base a estructuras de poder que pueden incluir al Estado y sus representantes más directos, destinados al medio ambiente, los recursos naturales y la sociedad, dónde y con quién se implementan". Desde este entendimiento, está claro cómo en Brasil se estructuraron tales políticas y cómo se influenció el contexto político social, donde la historia fue fundamental para la constitución y estabilización del orden sociopolítico brasileño (Ferreira et al., 2018).

La organización de los servicios de salud en Brasil, que condujo a la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) y garantizó la democratización de la atención de la salud, fue el resultado de la organización de movimientos sociales y, entre ellos, el movimiento por la reforma de salud en los años. 70 que se opusieron al modelo económico actual sobre la salud de la población, que priorizó los problemas económicos sobre los sociales, generando el empobrecimiento de porciones significativas de la población y la exclusión del acceso a los principales medios de vida para una vida digna en la sociedade (Brasil, 2011).

El derecho a la salud, defendido en la Reforma Sanitaria, trae intrínsecamente apoyo, participación y presión de los sectores populares a su constitución. En otras palabras, el derecho social a garantizar la condición de salud de una población presupone el movimiento mismo de esa población para lograr el reconocimiento y la efectividad de ese derecho. En un tono provocativo, vale la pena preguntarse si esta declaración no contiene, en sí misma, una perversidad, ya que

requiere del sujeto / usuario y, por lo tanto, del titular de la necesidad, una doble carga: además de poseer la necesidad, debe gastar una en esfuerzo en crea la solución para servirlo. Al límite del razonamiento de la sociedad de libre mercado, donde opera el principio de autorregulación "proveedor-consumidor", este requisito del consumidor sería la demostración de la incompetencia de la "investigación de mercado" al establecer las características del producto "en la línea del cliente". ". La salud es más que "una cosa"; es un valor y una perspectiva: "tener salud es la mejor medicina", según el dicho popular. La salud es correcta (Brasil, 2011).

La *universalidad* del Sistema Único de Salud (SUS) se presenta no solo como el derecho a la salud garantizado a través de políticas públicas, sino que también señala la cuestión del derecho a la vida y la igualdad de acceso sin distinción de raza, sexo, religión o cualquier forma de discriminación contra los ciudadanos brasileños. Está claro que la propuesta en cuestión en el marco histórico de la constitución del SUS no es un proyecto de reformulación solo del sector de la salud, sino un proyecto de una sociedad más justa, igualitaria y democrática (Barros et al., 2016)

El principio de *equidad* es el resultado de uno de los problemas más grandes e históricos del país: las inequidades sociales y económicas. Estas desigualdades conducen a desigualdades en el acceso, la gestión y la producción de servicios de salud. Por lo tanto, el principio de equidad, para algunos autores, no implica la noción de igualdad, sino que se refiere al tratamiento desigual de la desigualdad, prestando atención a las necesidades colectivas e individuales, buscando invertir donde la inequidad es mayor (Barros et al., 2016)

La *integralidad* se presenta como una ruptura histórica e institucional, a partir de la crítica de la dicotomía entre acciones preventivas y curativas, históricamente dividida desde el origen de la formalización de las políticas de salud en Brasil hasta la extinción del Instituto Nacional de Asistencia Médica para la Seguridad Social (modelo Inamps) La Constitución establece que la

atención integral debe priorizar las acciones preventivas, sin perjuicio de las acciones de asistencia. Esto significa que el usuario del SUS tiene derecho a servicios que satisfagan sus necesidades, es decir, desde la vacuna hasta el trasplante, con prioridad para el desarrollo de acciones preventivas. Este énfasis se debe al casi abandono de estas acciones colectivas y preventivas en salud en toda la dictadura militar. Por esta razón, el nombre de sistema de salud unificado. No hay dos sistemas, uno para prevención y otro para acciones curativas. Esto significa que en la dirección del SUS en cada esfera del gobierno, se deben organizar acciones y servicios que apunten a la integralidad (Barros et al., 2016)

La *descentralización* que trata con el SUS es consistente con la concepción de un estado federativo que obedece a los principios constitucionales que deben garantizarse y ejercerse en cada esfera del gobierno. En el SUS, la directriz de descentralización corresponde a la distribución del poder político, las responsabilidades y los recursos del nivel federal al estatal y municipal. En otras palabras, estamos hablando de una desconcentración del poder de la Unión a los estados y municipios, con el objetivo de consolidar los principios y directrices del SUS. En cada esfera del gobierno hay una dirección del SUS: en la Unión, el Ministerio de Salud; en los estados y el distrito federal, los departamentos de salud estatales u organismo equivalente; y en los municipios, las secretarías municipales de salud.(Barros et al .,2016).

Esta directriz se refiere a una organización del sistema que debe centrarse en la noción de territorio, donde se determinan los perfiles de población, los indicadores epidemiológicos, las condiciones de vida y el apoyo social, que deben guiar las acciones y servicios de salud de una región. Esta concepción acerca la gestión municipal a los problemas de salud, condiciones de vida y cultura que están presentes en los distritos o regiones que conforman el municipio. La lógica propuesta es: cuanto más cerca de la población, mayor es la capacidad del sistema para identificar las necesidades de salud y mejor es la forma de gestionar el acceso y los servicios para

la población. La regionalización debe guiarse por la jerarquía de niveles de complejidad requerida por las necesidades de salud de las personas. La red de acciones y servicios de salud, guiada por el principio de integralidad, debe organizarse desde las acciones de promoción y prevención hasta las acciones más complejas, como recursos de diagnóstico, hospitalización y cirugías (Barros et al., 2016).

La participación popular es uno de los hitos históricos de la reforma de salud de Brasil, cuando, a fines de la década de 1970, sanitarios, trabajadores de la salud, movimientos sociales organizados y políticos involucrados en la lucha por la salud como un derecho propusieron un nuevo sistema de salud basado en universalidad, integralidad, participación comunitaria y los elementos que actualmente constituyen el marco legal y la organización del SUS. Al mismo tiempo, la reforma de salud de Brasil estaba luchando por la apertura democrática y por un proyecto de sociedad más justo, participativo y equitativo, cuestionando las bases de las formas de producción de desigualdad y opresión en el sistema capitalista. Desde entonces, la participación comunitaria se ha convertido en una guía para la forma de organización y operacionalización del SUS en todas sus esferas de gestión, combinándose incluso con un principio, siendo incluida en el texto constitucional como una de las marcas de identidad del sistema junto con el universalidad, integralidad y descentralización (Lomas et al., 2013).

2.2 Evaluación de Salud y SUS Dimensiones De Calidad

La evaluación sistemática de las políticas públicas surgió con el desarrollo de la planificación como herramienta gubernamental en la primera mitad del siglo XX con la llegada del socialismo y una sociedad planificada por el estado en la antigua Unión Soviética. Después de la Segunda Guerra Mundial, el mundo capitalista, que tenía su mecanismo de autorregulación de las relaciones de la sociedad en el mercado, basado en los nuevos desafíos y necesidades del Estado, comenzó a utilizar la planificación como un medio para asignar recursos de manera más

efectiva. Fue en este contexto que los economistas, pioneros de la evaluación, desarrollaron métodos para analizar las ventajas y los costos de los programas públicos (Novaes, 2014).

En la década de 1950, en los países desarrollados, se reconoció la necesidad de realizar estudios que tenían a los servicios de salud como su objeto específico, tanto en su perspectiva "interna": conocer los procesos de atención desarrollados en ellos y sus efectos sobre la salud y la enfermedad. de los pacientes atendidos, como en su perspectiva "externa": conocer su desempeño y participación en la configuración de los sistemas de salud y su impacto en la salud de la población (Volpato & Martins, 2017).

Después de la fase de reconocer la necesidad de estudios de evaluación, según Contandriopoulos et al (1999), la evaluación se “profesionaliza”, emergiendo una perspectiva interdisciplinaria, enfocándose en aspectos metodológicos. Al definir la evaluación, valoran el proceso y los resultados de forma comparativa para su definición: evaluar es medir las condiciones existentes, el proceso de trabajo y los resultados obtenidos, haciendo las comparaciones tanto con las condiciones como con las tecnologías proporcionadas , así como los resultados y objetivos a alcanzar, para emitir un juicio de valor. La evaluación consta de pasos que se pueden agrupar en las acciones de medición, comparación y emisión de juicios de valor. En resumen, la evaluación es un paso esencial en el proceso de planificación y gestión en el sector de la salud, ya que permite la toma de decisiones de la manera más racional posible frente a los problemas que enfrentan los servicios de salud (Minayo et al., 2017).

El autor entiende la evaluación como la elaboración, negociación, aplicación de criterios de análisis explícito, en un ejercicio metodológico cuidadoso y preciso, con el fin de conocer, medir, determinar y juzgar el contexto, mérito, valor o estado de un objeto, para estimular y facilitar procesos de aprendizaje y desarrollo de personas y organizaciones. Concepto muy

amplio que va desde la planificación de la investigación, la metodología que se aplicará hasta el uso de los resultados (Soares, 2019).

Destaca cuatro criterios de excelencia como dimensiones para que las evaluaciones tengan un significado más noble de contribuir a las transformaciones de la sociedad: la utilidad, una evaluación nunca debe llevarse a cabo si no es útil; factibilidad, considerando aspectos políticos, prácticos y de costo-efectividad; ética, respetando los valores de las partes interesadas; y precisión con respecto a las dimensiones técnicas del proceso (Fitipalldi & Cordeiro, 2017).

Una revisión de literatura internacional, en un contexto de decisión política de estructuración gubernamental por programas y gestión por resultados, presenta las perspectivas teóricas y metodológicas de la evaluación de la salud: a) la necesidad de un modelo teórico que guíe el proceso de evaluación b) el requisito de pluralidad metodológica dada la contextualización de las acciones programáticas y la complejidad de las medidas de resultado; y c) los arreglos institucionales obligatorios que regulan los estudios de evaluación que garantizan la calidad y la utilidad del producto final (Santos et al ., 2020).

Perspectiva también desarrollada en política, planificación y gobierno, donde aborda la mediación entre información y acción "el momento táctico operativo es el momento central de la mediación entre conocimiento y acción. Las principales dificultades con esta mediación son la comunicación y el tiempo o el ritmo ". Para superarlo, Matus propone la estructuración del sistema de conducción llamado dirección estratégica, que tiene cinco subsistemas: a) planificación de la coyuntura, decisiones de apoyo; b) gestión por operaciones; c) sistema de aplicación y rendición de cuentas por módulos del plan; d) asignación de recursos por programas; y e) sala de situación, que se ocupa de emergencias que crean riesgos de perder el control de la situación (Gusmão et al ., 2010).

La gestión de operaciones es un sistema de dirección y administración por objetivos que presupone la estructuración de un sistema de información que garantice un sistema para monitorear y evaluar las operaciones, distinguiendo la eficiencia productiva, la efectividad interna y la efectividad direccional. Uno de los principales desafíos de la nueva generación de investigación dirigida a producir un impacto positivo en los resultados de la atención de salud de la población será poder ir más allá de las descripciones y la mejora metodológica y contribuir a resolver problemas y mejorar la calidad de la atención y la implementación efectiva. políticas intersectoriales (Righi et al ., 2010).

El autor que más contribuyó al desarrollo del campo de la evaluación de la salud fue Avedis Donabedian, quien, a través de sus ocho libros y más de cincuenta artículos, convirtió los sistemas de salud en un campo de investigación con énfasis en el tema específico de la calidad de la atención médica. salud El autor en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado que constituyen el paradigma dominante de la evaluación de la calidad de la atención médica. Por "estructura", el autor se refiere a los recursos físicos, humanos, materiales y financieros necesarios para la asistencia médica. Incluye financiamiento y disponibilidad de mano de obra calificada. Por "proceso", se refiere a actividades que involucran a profesionales de la salud y pacientes, según los estándares aceptados. El análisis puede ser desde un punto de vista técnico y / o administrativo. Y, finalmente, el "resultado" se considera el producto final de la asistencia brindada, considerando la evaluación de salud, clínica y funcional, y la satisfacción de los estándares y expectativas (Ribeiro, 2010).

Ribeiro (2010) afirma que la calidad es el producto de dos factores y una es la ciencia y la tecnología del cuidado de la salud, y otra es la aplicación de esta ciencia y tecnología en la práctica. La calidad lograda en la práctica es el producto de estos dos factores. Este producto se

caracterizará a través de algunos atributos: efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad.

Otros autores han agregado otras características a las variables básicas (estructura, proceso y resultado), como las presentadas: técnicas, interpersonales y centradas en los "servicios", que en su interpretación son "adjetivos" : Óptica interpersonal, la estructura implica el impacto de las nuevas tecnologías en los roles de los profesionales y la aparición de nuevas profesiones en el área. En este caso, el proceso involucra relaciones de comunicación y formas de relación entre profesionales y organizaciones con pacientes y sus familias. Los resultados se pueden medir a través de la satisfacción del paciente y la familia, las referencias recibidas, el cumplimiento de las recetas y los retornos en nuevos episodios de enfermedad y la obtención de recursos (Felisberto e Bezerra, 2010).

Finalmente, desde la perspectiva de la disponibilidad de "amenidades" en la estructura son: limpieza, fácil acceso y estacionamiento. En el proceso, se busca eficiencia en el flujo de pacientes y cortos períodos de espera, mientras que los resultados son, una vez más, la satisfacción de los pacientes y sus familias, las derivaciones recibidas y la obtención de recursos. En las últimas décadas, varias iniciativas dirigidas a la evaluación de la salud se han desarrollado progresivamente en Brasil. Desde la realización de la investigación académica, con miras a la evaluación de los servicios de salud, hasta la incorporación, por parte del Ministerio de Salud, de la necesidad de investigación evaluativa para subsidiar la elaboración de políticas y programas sectoriales y la difusión de sus resultados.

Sin embargo, estas evaluaciones no se centraron en los cambios necesarios en el sistema de salud determinados por un nuevo perfil epidemiológico que conduce al estrangulamiento del sistema de emergencia del país. También informan que la evaluación de la calidad de los servicios de salud es una vieja preocupación y que actualmente hay un retorno vigoroso a este

tema, considerando que la evaluación es un paso necesario al establecer la meta de buscar calidad en el cuidado de la salud. Para la evaluación de la calidad de los servicios se vuelve relevante principalmente en vista de las demandas de las organizaciones internacionales y de la reforma en la administración pública brasileña con la reforma del Estado. Esta preocupación con la reforma del Estado y el uso de la evaluación como instrumento para "racionalizar" el gasto público, característico de los años ochenta y noventa, también está presente en informar el aumento en el interés en La calidad de los servicios de salud en los últimos años dice que se debe a algunos factores: la crisis fiscal del estado social y la necesidad de reducir el gasto público, lo que indudablemente estimuló un mayor interés en la búsqueda de formas más eficientes y efectivas de utilizar los recursos; la necesidad de reducir las quejas y los procedimientos legales enviados por pacientes insatisfechos, lo que también contribuyó al aumento de la atención con respecto a la satisfacción del usuario; y finalmente, la demanda de recuperar la unidad del paciente, después de la división mente-cuerpo, producida por el gran avance de la medicina especializada y técnico-científica, también ha contribuido al reconocimiento del punto de vista de los usuarios(Fiocruz, 2019).

Afirma que la evaluación de servicios es un área consolidada en sus diversas líneas de enfoque. Además, ya se reconoce y se difunde ampliamente el uso de indicadores de evaluación de la salud (acceso, uso, cobertura, eficiencia, satisfacción del usuario, objetivos, estructura, procesos, resultados, entre otros). El autor agrega al afirmar que en los últimos años, la evaluación de los servicios de salud ha dejado de ser un proceso exclusivamente técnico, un método que, con un conjunto de procedimientos e indicadores, podría medir rápidamente la efectividad de un servicio de salud dado (Silva e Moitinho, 2016).

En una revisión del consenso en la literatura una selección de las características o atributos de las prácticas, servicios, programas, establecimientos o sistema de salud a evaluar, el

autor los agrupa según las siguientes características: con la posibilidad y distribución social de recursos: cobertura, accesibilidad y equidad;

- Relacionado con el efecto de las acciones: eficacia, efectividad e impacto;

- Relacionado con los costos de inventario y la productividad: eficiencia;

- Relacionado con la adecuación de las acciones al conocimiento técnico y científico actual - calidad técnico-científica;

- Relacionado con la adecuación de las acciones a los objetivos y problemas de salud: direccionalidad y consistencia (análisis estratégico);

- Relacionado con el proceso de implementación de las acciones: evaluación del grado de implementación y / o evaluación del proceso, análisis de implementación (estudios que investigan las relaciones entre el grado de implementación, el contexto y los efectos de las acciones);

Al analizar el alcance de las evaluaciones del desempeño de los servicios de salud, enfatiza que la evaluación de los resultados es más atractiva desde el punto de vista científico porque representa el último paso en la cadena ontológica de producción de calidad. El científico de la salud y el responsable de la formulación de políticas en el sector atraen resultados mucho más. Uno de los aspectos considerados en la evaluación de los resultados de la acción sanitaria ha sido la satisfacción del cliente (Andersen e Neumaw, 2009).

Desde la década de 1950, en los países desarrollados, se reconoció la necesidad de realizar estudios que tuvieran a los servicios de salud como un objeto específico, tanto en la perspectiva "interna", como para conocer los procesos de atención desarrollados en ellos y sus efectos sobre la salud y la salud. enfermedad de los pacientes vistos, como en una perspectiva "externa", para conocer su desempeño y participación en la configuración de los sistemas de salud y su impacto en la salud de la población (Oliveira et al ., 2019).

El proceso de uso de los servicios de salud como resultado de la interacción entre el comportamiento del individuo que busca atención y el profesional que la lleva a cabo dentro del sistema de salud. El comportamiento del individuo es generalmente responsable del primer contacto con los servicios de salud, y los profesionales de la salud son responsables de los contactos posteriores.

Las características individuales de los proveedores, profesionales y usuarios como factores que inducen la demanda de servicios de salud, siendo, por lo tanto, el producto de la interacción entre los clientes, los proveedores de atención médica y el sistema de salud. Las características individuales del paciente son: Factores predisponentes: factores que existen antes del inicio del problema de salud y que afectan la predisposición de las personas a utilizar los servicios de salud; Factores favorables: los medios disponibles para que las personas obtengan atención médica; y necesidades de salud: condiciones de salud percibidas por personas o diagnosticadas por profesionales de la salud. Las características de los médicos son: demográficas; entrenamiento experiencia y actitudes Las características del sistema de salud son obstáculos estructurales: financieros; temporal (tiempo de espera y distancia); organizacionales y vinculados a la práctica médica (Sanchez & Ciconelli, 2012).

Basándose en la premisa de que es en los servicios de salud donde tienen lugar casi todas las acciones de salud, identifica que los servicios de salud son, con cierta frecuencia, inadecuadamente reconocidos debido a su papel específico en los estudios sobre los factores de riesgo asociados la morbilidad y mortalidad de individuos y poblaciones, o la eficacia y efectividad de las intervenciones en pacientes, en la investigación desarrollada por la clínica y la epidemiología. Es decir, no se identifican los efectos de las características de los servicios en los pacientes, que interfieren con las prácticas tecnológicas individuales cuando son organizaciones

que articulan dimensiones tecnológicas de manera compleja con las de gestión, política, economía y cultura (Malic et al ., 2014).

Otro aspecto relevante de los servicios de salud que debemos tener en cuenta es su contribución al cambio efectivo en las prácticas. Señala que el intenso progreso en el campo de la evaluación de los servicios de salud en general y el desempeño hospitalario en particular, presenta correlaciones que no solo son secuenciales con el estilo de la práctica del servicio, sino que muestran un patrón interactivo de comportamiento, o es decir, a medida que se implementan los procedimientos de evaluación, la práctica ya asume un estilo compatible con ellos, como es el caso de la introducción masiva, en los últimos años, de protocolos de diagnóstico y terapéuticos en el área del cáncer.

Felisberto e Bezerra (2010), afirman que la discusión sobre la idoneidad de la atención en relación con los deseos, expectativas y valores de las personas y sus familias, calificándola de aceptabilidad. En este sentido, la aceptabilidad tiene un concepto que abarca categorías como acceso, respeto a los derechos de los pacientes, aspectos relacionados con la comodidad, información sobre alternativas de tratamiento y la cantidad a desembolsar en relación con los beneficios que se obtendrán. En esta perspectiva, ya estaría incrustado en las otras dimensiones.

Otra dimensión que permite una gran diversidad de conceptualización es el acceso, que permite interpretaciones simples de acceso, como la disponibilidad de servicios, incluso interpretaciones que tienen en cuenta el resultado efectivo de la acción de salud, la satisfacción de los usuarios y la forma acogedora en que se realizan los servicios. organizar y la actitud de los profesionales hacia los usuarios como sujetos de acción en salud (Felisberto & Bezerra, 2010).

Al conceptualizar el acceso, prefiere usar el término accesibilidad y lo define como uno de los aspectos de la provisión de servicios relacionados con la capacidad de producir servicios y responder a las necesidades de salud de una población dada, por lo tanto, en su conceptualización

va más allá de la disponibilidad servicios y aporta otro elemento a su evaluación, que es la capacidad de responder a las necesidades. Trabaja en el concepto de acceso de manera amplia, definiéndolo en forma de resultados de salud y subjetivamente incluyendo la satisfacción del usuario. Define el acceso efectivo como el uso de servicios que resulta en la mejora de las condiciones de salud o la satisfacción de las personas con los servicios y el acceso eficiente como el grado de cambio en la salud o la satisfacción con el volumen de servicios de salud consumidos (Sanechez & Ciconelli, 2012).

Barros (2013), definen como dimensiones que conforman el concepto de acceso: disponibilidad (volumen y tipo); accesibilidad (relación entre la distribución geográfica de los servicios y los pacientes); recepción (relación entre la forma en que se organizan los servicios para recibir clientes y la capacidad de los clientes para adaptarse a esa organización); capacidad de compra (formas de financiar servicios y la posibilidad de que las personas paguen por el servicio); y aceptabilidad (actitudes de las personas y los profesionales de la salud hacia las características y prácticas de los demás).

PROADESS (2017), al revisar los modelos de evaluación internacional, principalmente del Reino Unido, Canadá y Australia, llegó a un consenso de que la experiencia internacional dirigida a mejorar el rendimiento de los sistemas de salud se basa en la construcción de un marco de referencia compuesto por elementos que, en general, capturan: el estado de salud, los determinantes no médicos de la salud, el desempeño del sistema de salud y las características generales del sistema de salud y los recursos de la comunidad.

Para el desempeño de los servicios de salud, PROADESS define que los elementos a medir deben estar de acuerdo con los objetivos del sistema de salud y, basándose en una revisión de la literatura, propone como dimensiones para esta evaluación:

-Eficacia: grado en que la asistencia, los servicios y las acciones logran los resultados esperados;

-Acceso: la capacidad de las personas para obtener los servicios necesarios en el lugar y momento correctos;

-Eficiencia: relación entre el producto de intervención de salud y los recursos utilizados;

-Respeto por los derechos de las personas: la capacidad del Sistema de Salud para garantizar que los servicios respeten al individuo y la comunidad y estén orientados a las personas;

-Aceptabilidad: grado en que los servicios de salud ofrecidos están de acuerdo con los valores y expectativas de los usuarios y la población;

-Continuidad: capacidad del sistema de salud para proporcionar servicios de manera ininterrumpida y coordinada entre diferentes niveles de atención;

-Apropiación: grado en que la atención brindada a las personas se basa en el conocimiento técnico-científico existente;

-Seguridad: capacidad del sistema de salud para identificar, evitar o minimizar los riesgos potenciales de las intervenciones sanitarias o ambientales.

Una dimensión que tendrá gran relevancia en esta investigación es el respeto a los derechos de las personas, que PROADESS define las siguientes categorías de análisis:

-Confidencialidad de la información: se refiere a salvaguardar la información proporcionada por las personas y las relacionadas con su estado de salud;

-Privacidad en la atención: se refiere a la conducta de la atención en condiciones que protegen la privacidad y no exponen a la persona a situaciones embarazosas;

-Derecho a la información: se refiere al derecho del individuo a obtener información aclaratoria sobre las decisiones médicas con respecto a su tratamiento, así como a tener acceso a registros médicos que contienen información sobre su estado de salud y tratamiento;

-Comodidad: se refiere a los aspectos de infraestructura del entorno en el que se brinda la atención, que pueden incluir: ambiente limpio, muebles adecuados, alimentos saludables y comestibles, ventilación suficiente, agua potable, baños limpios, ropa limpia, procedimientos de limpieza regulares. limpieza y mantenimiento del edificio;

-Autonomía: se refiere a la libertad, la decisión entre el tratamiento alternativo, las pruebas y las opciones de atención, incluida la decisión de rechazar el tratamiento, si el individuo está en perfecto estado mental;

-Dignidad y cortesía: implica el derecho del individuo a ser tratado como una persona más que simplemente como un paciente;

Respeto a los valores de las personas: se refiere a la noción de que las personas tienen diferentes deseos, necesidades y preferencias, sobre las dimensiones de la calidad para la evaluación de la salud enfatiza la importancia de evaluar la imagen pública del servicio de salud: cualquier lector habitual de periódicos y revistas, técnicos o laicos, puede citar una serie de servicios "buenos" y "malos". ', sin conocerlos. Por lo tanto, toma forma el papel de la imagen pública, obtenida tanto a través de la prensa hablada como escrita, así como de sus usuarios o trabajadores. Aunque no es técnico, también es una evaluación válida, con consecuencias para la vida organizacional, que puede conducir a estereotipos que son difíciles de cambiar. Esta "imagen pública de los servicios de salud" debe estar presente en las dos principales evaluaciones del sistema de salud brasileño realizadas recientemente. La primera encuesta hace una evaluación del Sistema Único de Salud desde la perspectiva de la población. La segunda encuesta evalúa

todo el sistema de salud, incluidos los usuarios del SUS, el seguro de salud público y el seguro de salud privado (Fittipaldi & Cordeiro, 2017).

La primera evaluación es la encuesta nacional "La salud en la opinión de los brasileños" y tuvo como objetivo obtener un marco nacional sobre el nivel de conocimiento, opiniones, evaluaciones y grado de satisfacción con la atención médica brindada por la población, los usuarios o no del Sistema. Unified of Health. Fue encargado por el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS) en colaboración con el Ministerio de Salud, donde se realizó un diagnóstico, bastante rico y clarificador, de la percepción de que la población tiene SUS. En esta encuesta, el 96% de los encuestados o cualquiera de los miembros de su familia han usado SUS en los últimos dos años. Algunos resultados de la investigación sobre la calidad de la atención médica brindada por el SUS son esclarecedores sobre la evaluación de la población.(Deslandes, 2020).

Los principales problemas que el gobierno debería resolver en el área de la salud serían la falta de médicos y enfermeras (19.4%), la falta de medicamentos (9.5%) y el retraso en la asistencia (8.3%). Los tres problemas principales que enfrentan los brasileños en el SUS son las colas: cola de espera para obtener citas con 41.3%, cola de espera para exámenes (14.4%) y cola de espera para hospitalizaciones (7.5%) Las principales formas de utilizar el servicio público son la consulta médica (75,9%), la vacunación (71,2%) y las pruebas de laboratorio (67,0%). Los principales tipos de servicios utilizados son atención primaria (97.4%), atención de complejidad media (80.8%) y atención de emergencia (41.7%). En la evaluación positiva de las actividades del sistema de salud, las acciones preventivas obtuvieron el 61% de los entrevistados, mientras que el 35% evaluó positivamente las actividades de asistencia. En la evaluación general del SUS entre usuarios y no usuarios, existen diferencias significativas: para el 45,2% de los usuarios

exclusivos, SUS funciona bien / muy bien; Para el 41.6% de los usuarios no exclusivos, SUS funciona bien / muy bien .(Deslandes, 2020).

Las principales fuentes de insatisfacción son: el retraso del SUS en la resolución de problemas de salud, el tiempo de espera para ser atendido por el médico y el equipo de enfermería y la mala evaluación de los servicios de recepción. Las principales fuentes de satisfacción de la población son: la facilidad para encontrar la unidad de salud y la atención brindada por el personal médico y de enfermería, no solo para resolver el problema sino también en la atención amable, amable y de buena voluntad (Brasil, 2011).

La investigación, al investigar el acceso de la población a la complejidad media y alta, muestra que para la población que necesitaba: Consultas especializadas: 56.6% lo obtuvieron a través del SUS y 20.7 a través de planes o acuerdos de salud; Pruebas de laboratorio: 63.4% fueron a través de SUS, 14.9% a través de planes o acuerdos de salud y 13% privados; Radiología y ultrasonido: 57.0% fueron realizados por SUS, 18.2% por planes o acuerdos, 16.5% privados y 3.1% privados y SUS; Hospitalizaciones: 69.7% fueron realizadas por SUS, 14.6% por planes o acuerdos, 8.3% privadas y 2.9% privadas y planes; Cirugías: 57.8% fueron realizadas por SUS, 21.4% por planes o acuerdos de salud, 13.6% privados y 3.4% privados y planes de salud; Servicio en servicios altamente complejos: el 60.9% son provistos por SUS, el 19.8% por planes o acuerdos de salud y el 9.3% privados. El 56.9% de los entrevistados o un miembro de la familia estaba usando algún medicamento, siendo los más frecuentes medicamentos para la presión (24.9%), fiebre o dolor (17.3%) y pastillas calmantes / antidepresivas / para dormir (12,6%). En ese momento, presentaba un gasto promedio de R \$ 91,68 por hogar (PROADESS, 2017).

Los resultados demuestran que la mayor insatisfacción con el Sistema de Salud es de aquellos que no son usuarios del SUS (69.7%). Para los usuarios del SUS, el nivel de insatisfacción es del 54.8%. Los principales puntos de insatisfacción son el tiempo de espera y la

recepción al usuario. La mayor dificultad de acceso para los usuarios del SUS se encuentra en la realización de consultas especializadas, exámenes radiológicos y de ultrasonido y cirugías en general. La segunda fue la Encuesta Mundial de Salud coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y realizada en Brasil por la Fundación Oswaldo Cruz en todo el país, algunos de sus resultados preliminares aclaran la evaluación de la población en relación con el desempeño del sistema de salud: los brasileños, en promedio, consumen el 18.7% de su presupuesto nacional de salud. En el último año, el 67.3% de los usuarios del SUS y el 81.3% de los asegurados a los planes de salud necesitaban asistencia médica. El 59.7% de los usuarios que necesitaban atención ambulatoria tuvieron éxito a través del SUS, el 21.3% a través del plan y el 19.0% a través del pago directo. La insatisfacción en la atención ambulatoria ocurre en 19.2% debido a la falta de disponibilidad de medicamentos, 8.7% con equipo y 7.2% con las habilidades de los profesionales de la salud (Hollanda et al., 2012).

Entre aquellos que tienen una buena evaluación de la atención ambulatoria brindada por el SUS, los aspectos mejor evaluados son: intimidad respetada, tratamiento respetuoso, limpieza de las instalaciones y claridad de explicaciones. Los peores aspectos evaluados son: el tiempo de espera y la falta de libertad de elección para el profesional.

La tasa promedio de evaluación de la atención ambulatoria (escala 1 a 100) fue de 70 en el SUS y 89 en el seguro de salud. En los últimos cinco años, el 71.9% de las hospitalizaciones se realizaron a través del SUS, el 22.5% a través del seguro de salud y el 6.5% a través del pago directo. Entre los factores evaluados negativamente en la hospitalización se encuentran la falta de libertad de elección del profesional, la falta de contacto con el mundo exterior, el tiempo que se viaja y el tiempo de espera para ser atendido. Entre los que evaluaron positivamente los aspectos más destacados se encuentran: intimidad respetada, trato respetuoso, confidencialidad sobre la información personal y limpieza de las instalaciones. La tasa promedio de evaluación de

hospitalización fue de 68 en el SUS, 88 en el seguro de salud y 81 en el privado. El grado de insatisfacción con el funcionamiento de la atención médica es del 72,6% para el usuario del plan de salud, del 61,3% para el plan de servicio público y del 51,3% para el usuario del SUS (Silva & Moitinho, 2016).

Estas dos evaluaciones traen colas como puntos críticos del sistema de salud; tiempos de espera para hospitalización, consulta y exámenes; recepción al usuario; La falta de médicos y el acceso a medicamentos. Entre los aspectos positivos, las dos encuestas tienen en común el servicio prestado por el personal médico y de enfermería, no solo para resolver el problema sino también en la cortesía, amabilidad, disposición, claridad de explicaciones y una intimidad respetada (Silva & Moitinho, 2016).

2.3 Política Nacional De Atención De Emergencia

Política Nacional de Atención de Emergencia (PNAU) se implementó en Brasil sobre la base de una asociación entre el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud . La Atención de Emergencia propuesta en esta política, enfatiza en primera instancia la humanización a la que tiene derecho cada ciudadano, organizando la asistencia de Unidades Básicas, Equipos de Salud de la Familia, a la atención poshospitalaria en convalecencia, recuperación y rehabilitación. Las pautas de la Política Nacional de Atención de Emergencia (PNAU) se explican en siete ordenanzas.

Ordenanzas que conforman la Política Nacional de Atención de Emergencia	
Decisiones	propósitos
GM n° 2.048, de 5/10/02	. Aprueba el Reglamento Técnico de Sistemas Estatales de Urgencia y Emergencia (BRASIL, 2002).
GM n° 1.863, de 29/09/03	Instituye la Política Nacional de Atención de Emergencia

	(BRASIL, 2003a).
GM n° 1.864, de 29/09/03	Establece el componente móvil prehospitalario de la Política Nacional de Atención de Emergencia, a través de la implementación de Servicios Móviles de Atención de Emergencia en municipios y regiones de todo el territorio brasileño: SAMU 192 (BRASIL, 2003 b).
GM n° 2.072, de 30/10/03 I	Establece el Comité Nacional de Gestión de Atención de Emergencia (BRASIL, 2003c).
GM n° 1.828, de 02/09/04	Instituye incentivos financieros para adaptar el área física de los Centros de Regulación Médica de Emergencia en estados, municipios y regiones de todo el territorio nacional (BRASIL, 2004a)
GM n° 2.420, de 09/11/04	Constituye un Grupo Técnico - GT que tiene como objetivo evaluar y recomendar estrategias de intervención del Sistema Único de Salud - SUS, para tratar los episodios de muerte súbita (BRASIL, 2004b).
GM n° 2.657, de 16/12/04	Establece las funciones de los centros de regulación médica de emergencia y el dimensionamiento técnico para la estructuración y operacionalización de los Centros SAMU - 192 (BRASIL, 2004c).

Tabla 1 - Ordenanzas que conforman la Política Nacional de Atención de Emergencia

El Sistema Estatal de Urgencia y Emergencia, de acuerdo con la Ordenanza GM N° 2.048 de 5 (cinco) de noviembre de 2002, consiste en Regulación Médica de Urgencias y Emergencias, atención prehospitalaria, atención móvil prehospitalaria, atención hospitalaria, entre transportes. - Hospitales y centros de educación de emergencia. Cada municipio, de acuerdo con su tipo de gestión, debe ser responsable de un cierto nivel de atención (Brasil, 2012).

Los Centros de Regulación estructurados a nivel estatal, regional y / o municipal, juegan el papel de organizar y guiar los Sistemas de Urgencia y Emergencia del Estado, a través de la organización de la relación entre los diversos servicios, calificando el flujo de pacientes en el Sistema y generando Una puerta de comunicación abierta al público en general, de donde provienen las solicitudes de ayuda, que serán evaluadas y clasificadas. Para una mejor comprensión, los tipos de asistencia urgente y de emergencia y sus principales atribuciones y subdivisiones se describirán a continuación (Brasil, 2011).

Atención pre-hospitalaria fija Este es el tipo de asistencia brindada, en el primer nivel de atención, a pacientes con afecciones agudas, de naturaleza clínica, traumática o psiquiátrica, que puede provocar sufrimiento, secuelas o incluso la muerte, brindando atención y / o transporte adecuado a un servicio de salud jerárquico. Este servicio es provisto por:

- Programa de salud familiar y unidades básicas de salud: brinda atención para afecciones agudas o crónicas de baja gravedad / complejidad en su área de cobertura.
- Unidades de atención de urgencias y emergencias no hospitalarias: son unidades de complejidad intermedia, que deben funcionar las 24 horas del día, brindando atención para el primer nivel de asistencia de complejidad media.
- Atención prehospitalaria móvil.

Se considera atención móvil prehospitalaria en el área de emergencia, la atención que busca llegar a la víctima de manera temprana, después de haber sufrido un problema de salud, de naturaleza variada, que puede llevar a sufrimiento, secuelas o incluso la muerte, por lo que es necesario. , brindarle atención y / o transporte adecuados a un servicio de salud. Este tipo de servicio se puede dividir en: atención primaria prehospitalaria móvil cuando la solicitud de ayuda proviene de un ciudadano; o atención prehospitalaria móvil secundaria cuando la solicitud se realiza desde un servicio de salud, en el que el paciente ya recibió la primera atención necesaria

para estabilizar la emergencia presentada, pero necesita ser derivado a otro servicio de mayor complejidad para la continuidad del tratamiento. El servicio móvil de atención prehospitalaria se entiende como una asignación en el área de la salud, vinculado a un Centro de Regulación, cuyo propósito es regular la puerta del hospital de emergencia. El servicio debe tener la parte posterior de la red de servicios de salud, debidamente regulada, disponible de acuerdo con criterios jerárquicos y de regionalización formalmente acordados entre los administradores del sistema local y regional (Brasil, 2011).

Segundo Norma Operativa para la atención de la Salud en Brasil los hospitalaria para urgencias y emergencias. Esta ordenanza (GM N° 2.048 del 5 de noviembre de 2002) introduce una nueva nomenclatura y clasificación para el área de atención de emergencia hospitalaria, basada en los supuestos de regionalización. De esta forma, las Unidades Hospitalarias de Urgencia y Emergencia se clasifican en Unidades Generales y Unidades de Referencia, con las siguientes subdivisiones:

a) Unidades generales:

Unidades hospitalarias generales para emergencias urgentes y de tipo I, que son unidades instaladas en pequeños hospitales generales, capaces de proporcionar asistencia urgente y de emergencia correspondiente al primer nivel de asistencia de mediana complejidad (M1). Unidades Hospitalarias Generales para Urgencias y Emergencias Tipo II, que son unidades instaladas en hospitales generales medianos, capaces de proporcionar asistencia urgente y de emergencia correspondiente al segundo nivel de atención hospitalaria de complejidad media (M2).

b) Unidades de referencia:

Este tipo de unidades son aquellas instaladas en hospitales generales o especializados, capaces de proporcionar asistencia urgente y de emergencia correspondiente a M3 y la alta

complejidad, de acuerdo con su capacidad instalada, especificidad y perfil de asistencia. Las Unidades Hospitalarias de Referencia en Urgencias y Urgencias Tipo I, son aquellas instaladas en hospitales especializados y que cuentan con recursos tecnológicos y humanos adecuados para la atención de emergencias de naturaleza clínica y quirúrgica, en las áreas de pediatría o traumatología-ortopedia o cardiología. . Las Unidades Hospitalarias de Referencia en Urgencias y Tipo II de Atención de Emergencia, son aquellas instaladas en hospitales generales y que cuentan con recursos tecnológicos y humanos adecuados para atender urgencias / emergencias de naturaleza clínica y quirúrgica (Brasil , 2011).

Las Unidades Hospitalarias de Referencia en Urgencias y Emergencias Tipo III, son aquellas instaladas en hospitales generales y que cuentan con recursos tecnológicos y humanos adecuados para atender urgencias / emergencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas. Estos hospitales también deben llevar a cabo capacitación, mejora y actualización de recursos humanos involucrados en las actividades intermedias y finales de atención de urgencia / emergência.

c) transporte interhospitalario

Este transporte se refiere a la transferencia de pacientes entre unidades no hospitalarias u hospitalarias para atención urgente y de emergencia, unidades de diagnóstico, terapéuticas u otras unidades de salud que funcionan como bases de estabilización para pacientes críticos, ya sean públicos o privados.

d) Centros de educación de emergencia.

Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de septiembre de año 2003. Institui a Política Nacional de Atención às Urgencias, Brasília- DF. Define los centros de educación de emergencia se crean para organizar como espacios de conocimiento interinstitucional de capacitación, calificación, habilitación y educación continua de recursos humanos para emergencias, bajo la administración de una junta directiva y coordinada por el administrador público del SUS. A pesar de la

importancia de estos centros para la consolidación de la Política Nacional de Urgencia, se observa que aún no se han implementado.

La Ordenanza GM No. 1.863 del 29 de septiembre de año 2003, que instituye la “*Política Nacional de Atención de Emergencia*”, agrega a sus componentes atención poshospitalaria y humanización en atención de emergencia, cuando define en el Artículo 3 que la “*Política Nacional de Atención a Las Urgências*”, deben instituirse a partir de los siguientes componentes fundamentales:

1. Adopción de estrategias promocionales para la calidad de vida, buscando identificar los determinantes y las condiciones de las emergencias y mediante acciones intersectoriales de responsabilidad pública, sin excluir las responsabilidades de toda la sociedad;

2. Organización de redes locales y regionales para la atención integral de emergencia, como eslabones en la cadena de mantenimiento de vida, entrelazándolas en sus diversos componentes:

2.a Componente prehospitalario fijo: unidades básicas de salud y unidades de salud familiar, equipo de agentes de salud comunitarios, clínicas ambulatorias especializadas, servicios de diagnóstico y terapéuticos, y unidades de atención de emergencia no hospitalarias;

2.b Componente móvil prehospitalario: Servicio móvil de atención de emergencia (SAMU), bajo regulación médica de emergencia;

2.c Componente hospitalario: puertas de hospital para atención de emergencia de unidades hospitalarias generales tipo I y II y unidades hospitalarias de referencia tipo I, II y III;

2.d Componente poshospitalario: modalidades de atención domiciliaria, hospitales de día y proyectos de rehabilitación integral con un componente de rehabilitación basado en la comunidad;

3. Instalación y operación de los Centros de Regulación Médica de Emergencia, integrados con el Complejo Regulador de Atención del SUS;

4. Capacitación y educación continua de equipos de salud de todas las áreas de atención;

5. Orientación general según los principios de humanización de la atención. Comprender la reestructuración de la “*Política Nacional de Atención de Urgencia*”, es esencial debido al gran esfuerzo para regular la política y los grandes avances logrados en la implementación del componente pre-hospital móvil y el complejo regulador de la sala de emergencias. Como esta estructuración de la PNAU, tuvo lugar en el mismo período de elaboración de las políticas de calificación de SUS, QualiSUS y HumanizaSUS, bases conceptuales están muy en sintonía con las políticas de calificación, como el tema de la recepción, la humanización, el acceso y la organización del sistema. urgencia según el grado de riesgo, que se presentará más adelante (OPAS, 2011).

2.4 Política De Calificación De Atención Médica – QualiSUS

La Política de Calificación para la Atención Médica en el Sistema Único de Salud - QualiSUS fue creada con el objetivo de elevar el nivel de calidad de la atención médica brindada a la población por el Sistema Único de Salud, lo que lleva a una mayor satisfacción del usuario con el sistema y legitimación de la política de salud desarrollada en Brasil. Según la propuesta de QualiSUS, la mejora de la calidad debe perseguir la garantía de equidad e integralidad en el sistema de salud, es decir, en el acceso de la población a todos los niveles de asistencia de acuerdo con las necesidades de cada ciudadano y en el cambio de las prácticas de salud. salud rompiendo con viejas dicotomías entre acciones preventivas y curativas (Brasil, 2011).

QualiSUS tiene las siguientes dimensiones de calidad de atención médica:

- Resolución, eficacia y efectividad de la atención de la salud;
- Reducción de riesgos para la salud;

- Humanización de las relaciones entre profesionales, y entre profesionales y el sistema de salud con los usuarios;
- Atención inmediata y comodidad al servir al ciudadano;
- Motivación de los profesionales de la salud.
- Control social de la población en la atención y organización del sistema de salud del país.

Las líneas de acción de (Quali-SUS) están dirigidas a:

- Calificación del sistema de emergencia.
- Acceso y calificación de asistencia de complejidad media.
- Calificación de la atención primaria.
- Calificación de la gestión y regulación del sistema de salud.

La calificación de los servicios de emergência se convirtió en la prioridad de (Quali-SUS), teniendo como argumento que la atención de emergencia en las grandes ciudades es uno de los puntos más vulnerables en los servicios de salud, porque a pesar de lidiar con situaciones vitales, las unidades en su la gran mayoría no está organizada adecuadamente para este tipo de atención. Los grandes hospitales de emergencia son un punto de confluencia para la población que es usuario directo o indirecto de estas unidades y que, por lo tanto, las acciones de calificación desarrolladas allí tendrán una fuerte repercusión en el conjunto de la población. No hay exageración al afirmar que la puerta del hospital de emergencia representa la mayor fragilidad de la atención médica, dentro del hospital, del Sistema Único de Salud (Hollanda et al., 2012).

Como propuestas de reestructuración para la atención de emergencia, (Quali-SUS) presenta:

- Priorización de la puerta del hospital de emergencia para la admisión al hospital;

- Implementación de la aceptación del usuario;

- Respeto a los derechos de los usuarios;

- División de áreas de atención urgente y de emergencia de acuerdo con la clasificación de riesgo del paciente;

- Mejora de la resolución diagnóstica y terapéutica;

- Responsabilidad y garantizar la continuidad de la atención.

- En cuanto al proceso de implementación de la calificación, (Quali-SUS)

tiene las siguientes recomendaciones de reestructuración:

- aspecto, ambiente y derechos de los usuarios;

- Implementar un sistema de bienvenida con evaluación de riesgos;

- Organice múltiples espacios de espera para mayor complejidad y comodidad: sillas, limpieza, bebederos, iluminación, información, comunicación visual, aire acondicionado;

- Capacitar al equipo de recepción en procesos relacionales, interactivos y política de ciudadanía;

- Garantizar el derecho de la presencia del acompañante en las consultas y en el área de observación / retaguardia;

- Asegurar alimentos adecuados para los usuarios que están bajo observación y hospitalizados;

- Establecer visitas abiertas con horarios programados con los acompañantes;

- Aplicar el Estatuto para los Ancianos, Niños y Adolescentes;

- Crear un grupo de humanización con un plan de trabajo definido;
- Resolución diagnóstica y terapéutica;
- Garantizar la cantidad y calidad de profesionales adecuados a la demanda;
- Implementar protocolos clínicos y terapéuticos (síndromes febriles, comas, agitación psicomotora, atención a pacientes con trauma, intoxicación exógena, sospecha de infarto agudo de miocardio, enfermedades neurológicas, enfermedades virales, enfermedades respiratorias);
 - Adaptar la estructura física, equipamiento y mobiliario de las habitaciones rojas y traseras para pacientes críticos;
 - Organizar copias de seguridad de especialidades médicas para equipos de emergencia regulares;
 - Ajustar el servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico;
 - Implementar un Centro de equipo de soporte y monitoreo para pacientes críticos
 - Responsabilidad y garantizar la continuidad de la atención.
 - Organice la Unidad para que cada paciente tenga un profesional médico y de enfermería como responsable de su plan de atención;
 - Implementar un sistema para gestionar las vacantes y la duración de la estadía, priorizando las necesidades de Porta da Urgência;
 - Participar en la línea de atención de emergencia y asistencia hospitalaria uniéndose al Reglamento Central de Camas y Urgencia;
 - Articularse con otras unidades del SUS y una red de apoyo social para garantizar la continuidad de la atención;

- Implemente el “kit de alta”: informe de alta, certificados, recetas, devoluciones y exámenes programados previos al alta.
- Mejora y democratización de la gestión.
- Establecer la gestión y colegiada multiprofesional de la Unidad de Emergencia;
- Implementar oficinas de defensoría del pueblo como mecanismo permanente para escuchar a los usuarios;
- Establecer contratos entre el gerente y la gerencia del hospital y entre el hospital y las unidades de producción / trabajo;
- Implementar un sistema de información con indicadores de calidad, producción y costos;
- Informar sobre el plan de calificación a la Junta Gerente de Salud Municipal / Distrital y Consejo;
- Implementar el plan de informatización del hospital;
- Preparar el Plan Maestro del Hospital y el plan de trabajo para las distintas unidades;
- Inserción del hospital en el sistema de urgencia / emergencia;
- Implementar el Servicio de Emergencia Móvil - SAMU, como un componente de la Calificación del Sistema de Emergencia en la región capital y metropolitana para regular la puerta de entrada de emergencia;
- Organizar una red de salas de emergencia y unidades de emergencia de mediana complejidad en la capital y la región metropolitana para el cuidado de la pequeña y mediana complejidad;

- Establecer la red de servicios de urgencia / emergencia en el área metropolitana con la asignación de responsabilidades para cada gerente y cada unidad de urgencia / emergencia;
- Crear el Comité de Emergencia en la región.

La Bienvenida al usuario propuesta por (Quali-SUS), ORGANIZACIÓN PAN AMERICANA DE LA SALUD (OPAS) y Humaniza-SUS es una acción técnica y asistencial que presupone un cambio en la relación entre el profesional, el usuario y su red social a través de parámetros técnicos, éticos y humanitarios. y solidaridad, reconociendo al usuario como sujeto y participante activo en el proceso de producción de salud. La tecnología de bienvenida con clasificación de riesgos presupone la determinación de la agilidad en el servicio basada en el análisis, desde la perspectiva de un protocolo preestablecido, del grado de necesidad del usuario, proporcionando atención centrada en el nivel de complejidad y no en el orden de llegada. De esta forma, se realiza un análisis (evaluación) y un ordenamiento (clasificación) de la necesidad, alejándose del concepto tradicional de detección y sus prácticas de exclusión, ya que todo será atendido (Carpezani & Serapiaõ, 2017).

El proceso de recepción con evaluación de riesgos, según lo propuesto por esta política, consistirá en los siguientes pasos:

a) El usuario, cuando busque el servicio de emergencia, debe dirigirse al Centro de Recepción, que tendrá como objetivos: dirigir y organizar el flujo a través del

identificación de diferentes demandas de los usuarios; determinar las áreas de atención primaria (ortopedia, suturas, consultas); dar la bienvenida a pacientes y familiares en demanda de información sobre el proceso de atención, el tiempo y la razón para esperar; evaluación primaria, basada en el protocolo de situación, queja, refiriendo los casos que necesitan a la Clasificación de Riesgos de la enfermeira (PNH, 2013).

b) Después de la atención inicial, el paciente es derivado a la oficina de enfermería donde se realiza la clasificación de riesgos con base en los siguientes datos:

- Situación / reclamación / duración;
- Breve historia (informada por el paciente, la familia o los testigos);
- Uso de medicamentos;
- Verificación de los signos vitales;
- Examen físico resumido en busca de signos objetivos;
- Controle la glucosa en sangre, electrocardiograma si es necesario.

La clasificación de riesgo estará en los siguientes niveles:

-  Rojo: prioridad cero: emergencia, necesidad de asistencia inmediata;
-  Amarillo: prioridad 1 - urgencia, servicio en un máximo de 15 minutos;
-  Verde: prioridad 2: prioridad no urgente, servicio en 30 minutos;
-  Azul: prioridad 3 - consultas de baja complejidad - servicio según la hora de llegada - el tiempo de espera puede variar hasta 3 horas según la demanda de estas llamadas, urgencias y emergencias.

La identificación de prioridades se realiza mediante una pegatina de color pegada en la esquina superior derecha del Boletín de Emergencia. Para la organización de las funciones, la facilidad de comprensión y acogida, el espacio de emergencia también debe identificarse y dividirse por colores siguiendo la propuesta del "Colegio Americano de Cirujanos "(1989), mencionados anteriormente, que muestran los niveles de riesgo de los pacientes (Figura 1):

Azul: sala de emergencias: para casos de baja complejidad, donde los pacientes no necesitan atención inmediata y pueden esperar. Este espacio se distribuye en tres líneas horizontales principales (PNH, 2013):

-La primera línea es la recepción. Al ingresar al espacio, el usuario identificará fácilmente el área de recepción y atención, desde donde escuchará sus necesidades y recibirá su referencia inmediata. En casos simples, se le informará sobre el tiempo de espera para recibir atención médica, esperando en la sala de espera

-La segunda línea son las oficinas donde el usuario recibirá atención médica y referencias. Puede liberarse inmediatamente después del servicio o reenviarse a la tercera línea, en cuyo caso el acceso se realiza a través de la propia oficina. La tercera línea comprende las áreas de medicación, inhalación y sala de rayos x. En esta área, el usuario recibirá atención y tratamientos de baja complejidad, y luego podrá salir o esperar la observación en el área misma o en el área Verde (PNH, 2013):

- ✓ Rojo - Emergencia - recibe pacientes con riesgo inminente de vida o sufrimiento intenso, que requieren tratamiento médico inmediato. Consiste en la sala de estabilización y la sala de procedimientos invasivos especiales. El paciente del área roja después de la estabilización procede al área amarilla.

- ✓ Amarillo - Cuarto trasero: en esta área habrá pacientes críticos, que requieren cuidados especiales, aún en riesgo de vida, pero no inminentes. Permanecen en este espacio en espera de dirección, ya sea a la sala de operaciones o a la unidad de cuidados intensivos (UCI) o al área verde que se va a descargar.

Esta es la direccionalidad ideal prevista, pero se prevé la posibilidad de contraflujo, donde recibirá pacientes cuyas condiciones se han agravado tanto en las áreas azules como verdes.

- ✓ Verde - Observación - recibe los casos más simples que requieren monitoreo, pero sin riesgo de vida. Los pacientes que permanecen en este espacio pueden estar esperando autorización médica, exámenes o camas para internación.

El área de atención de emergencia pediátrica está separada de la del adulto, solo el acceso es el mismo a través de la recepción. Tiene una sala de espera diferenciada donde se envía al niño directamente para que espere atención médica. La lógica de la atención es la misma que la de los adultos, dividida en colores: azul para consultorios médicos, inhalación, medicamentos y procedimientos y verde para el área de observación (PNH, 2013).

2.5 Política Nacional De Humanización – HumanizaSUS

La Política Nacional de Humanización coincide con los principios del SUS y hace hincapié en la necesidad de garantizar el acceso y la atención integral a la población, y las estrategias para ampliar la condición de los derechos y la ciudadanía de las personas. Con eso, señala la complejidad de lo que se puede constituir como un alcance para el monitoreo y la evaluación a la luz de la Humanización, desafiando la necesidad de "inventar" indicadores capaces de medir y expresar no solo los cambios en las condiciones de salud-enfermedad, sino también causar y buscar otros reflejos y repercusiones, en otros niveles de representaciones y logros de los sujetos, en sus dimensiones subjetivas, incluso (Brasil, 2011).

Humanizando, entonces, ofreciendo una atención de calidad, combinando avances tecnológicos con éxito, mejorando el entorno de atención y las condiciones de trabajo para los profesionales. En la construcción de una Política de Calificación para el Sistema Único de Salud (SUS), la Humanización debe verse como una de las dimensiones fundamentales, y no puede entenderse como un "programa" único, sino que debe aplicarse a diferentes servicios de salud, campana como política que opera en toda la red del SUS (OPAS, 2011).

Humanización debe, por lo tanto, traducir principios y formas de operar en el conjunto de relaciones entre profesionales y usuarios, entre diferentes profesionales, entre las diferentes unidades y servicios de salud y entre las instancias que constituyen el SUS. La Política de Humanización parte de conceptos y dispositivos que apuntan a reorganizar los procesos de

trabajo de salud, proponiendo transformaciones en las relaciones sociales, involucrando a los trabajadores y gerentes en su experiencia diaria de organizar y conducir servicios, y transformaciones en las formas de producir y prestar servicios a la población (OPAS, 2011).

Aspectos importantes en la construcción de la Red de Humanización en Salud, son el mapeo y la visibilidad de las iniciativas y programas de humanización en la red de atención del SUS, en el Ministerio de Salud, así como la promoción del intercambio y la articulación entre ellos. Se puede decir que la Red de Humanización de la Salud es una red de construcción permanente y solidaria de lazos de ciudadanía. Se trata, por lo tanto, de mirar cada tema en su especificidad, su historia de vida, pero también mirarlo como el sujeto de un tema colectivo, de la historia de muchas vidas (Brasil, 2011).

La implementación de la Política Nacional de Humanización (PNH), trabaja en un esfuerzo por consolidar, como prioridad, cuatro marcas específicas:

1. Reducir las colas y los tiempos de espera ampliando el acceso, dando la bienvenida y resolviendo el servicio según los criterios de riesgo.
2. Tener a disposición de todos los usuarios del SUS el conocimiento de quiénes son los profesionales que cuidan su salud y los servicios de salud que serán responsables de su referencia territorial.
3. Garantizar la transferencia de información y la presencia de un acompañante (de libre elección) en las unidades de salud y garantizar la realización de los derechos del código de los usuarios del SUS.
4. Permitir la gestión participativa en las unidades para trabajadores y usuarios, así como garantizar una educación permanente para los trabajadores.

HumanizaSUS presenta diferentes pautas según el nivel de atención: atención primaria, atención de emergencia y atención especializada. En atención de urgencia y emergencia, en salas de emergencia, salas de emergencia, atención prehospitalaria y otros, las pautas a seguir son:

1. Bienvenido

demanda a través de criterios de evaluación de riesgos, garantizando el acceso referenciado a otros niveles de asistencia.

2. Comprometerse con la derivación y contrarreferencia, aumentando la resolución de urgencia y emergencia, proporcionando acceso a la estructura del hospital y transferencia segura, de acuerdo con las necesidades de los usuarios.

3. Definir protocolos clínicos, asegurando la eliminación de intervenciones innecesarias y respetando las diferencias y necesidades del sujeto.

La Política Nacional de Humanización (Humaniza-SUS) es otra estrategia para la calificación de la asistencia que se centra en la asistencia urgente durante la constitución de la Red de Humanización en Salud (RHS) y tiene como objetivo reducir las colas y tiempos de espera para la implementación del host con clasificación de riesgo. Es una política más conceptual y menos intervencionista que QualiSUS, que en su implementación preveía la firma de un memorando de entendimiento entre el ministerio de salud y las secretarías de salud estatales y municipales con los ejes del acuerdo de asistencia calificada y un acuerdo para liberar recursos. y llevar a cabo las transformaciones físicas y la adaptación tecnológica necesarias para la calificación (Brasil , 2011).

Por lo tanto, son políticas complementarias con una agenda similar para la calificación. Como los hospitales que participaron en esta investigación fueron objeto de la implementación de las políticas de Quali-SUS y Humaniza-SUS, es aún más pertinente revisar estas políticas

públicas para comprender la calidad de la atención de emergencia proporcionada por estas unidades (Brasil, 2011).

3. Metodología

Esta investigación utilizará métodos y técnicas de investigación diversificadas, por lo que es de gran importancia una breve revisión sobre la metodología cuantitativa y cualitativa y sus interacciones, así como sobre las herramientas a ser utilizadas para una mejor comprensión metodológica y así realizar un enfoque correcto del objeto de estudio, permitiendo responder a las indagaciones del investigador.

Los métodos o enfoques adoptados en la investigación científica pueden ser divididos en métodos cuantitativos y cualitativos, el primero investiga la relación de causalidad entre fenómenos o evidencias de asociación entre variables, tiene una medición controlada y pueden ser replicados; y el segundo tiene como foco la comprensión del significado de los fenómenos sociales. En la investigación la metodología cuantitativa y cualitativa es frecuentemente aplicada en los estudios descriptivos, en aquellos que buscan descubrir y clasificar la relación entre variables, así como en los que investigan la relación de causalidad entre fenómenos (Richardson, 2010).

El autor clasifica los estudios cuantitativos en: descriptivos, de correlación de variables, comparativos causales y experimentales. Los estudios de naturaleza descriptiva se proponen investigar el "que es", es decir, a descubrir las características de fenómeno como tal. Los estudios que buscan investigar la correlación entre variables se utilizan cuando el investigador desea obtener mejor entendimiento del comportamiento de diversos factores y elementos que influyen sobre determinado fenómeno. En el estudio comparativo causal el investigador parte de los efectos observados y busca descubrir los antecedentes de tales efectos. Los estudios

experimentales son los que proporcionan al investigador medios más rigurosos para probar hipótesis, determinando si la relación es de causa-efecto. Los modelos teóricos de investigación cualitativa son, históricamente: estudios comprensivos usando el diseño tipo-ideal, estudios de tipo fenomenológico, estudios etnometodológicos, estudios interrelacionistas simbólicos, estudios de carácter hermenéutico-dialéctico, estudios de investigación-acción e investigación participativa (Duran & Toledo, 2011).

Los estudios que emplean una metodología cualitativa pueden describir la complejidad de determinado problema, analizar la interacción de ciertas variables, comprender y clasificar procesos dinámicos vividos por grupos sociales, contribuir en el proceso de cambio de determinado grupo y posibilitar, en mayor nivel de profundidad, comprensión de las características del comportamiento de los individuos (Minayo, 2010).

Esta revisión permitió una mayor claridad sobre los métodos y técnicas cuantitativos y cualitativos que deberían ser utilizados en el desarrollo de este estudio que evalúa un fenómeno complejo: la calidad de la asistencia de urgencia y emergencia. La realización de este estudio será hecha a través de la satisfacción de los profesionales en actuar en las unidades de urgencias y emergencias por el SUS; condiciones ofrecidas por la unidad de pronta atención para la buena atención de la población; evaluación de la política de calidad de la asistencia por los gestores de la unidad; el análisis de los prontuarios de los pacientes en cuanto al llenado de la hipótesis diagnóstica, quejas, examen físico, y prescripción médica; y la observación de las unidades de emergencias, por lo tanto utilizando enfoques que corresponden a la Metodología Cualitativa y Cuantitativa. A partir de la auscultación de los diversos actores sociales involucrados (equipo multiprofesional, gestores y usuarios) en la atención de urgencia y emergencia ya través de las interacciones de las distintas evaluaciones va a traer un entendimiento de la calidad de la atención a la salud (Minayo, 2010).

El estudio evaluó la calidad de la atención brindada en las unidades de emergencia, por lo tanto, es una investigación evaluativa. Analizó un fenómeno social complejo que es la calidad de la atención brindada por profesionales, y estudió las unidades de emergencia, utilizó diversas fuentes e instrumentos para la recopilación de datos y puede tener generalizaciones a proposiciones teóricas, por lo que puede definirse como un estudio de caso múltiple exploratorio y explicativo. Trabajó en la relación entre las variables dependientes e independientes de los usuarios y los profesionales de la salud, en la perspectiva de buscar más explicaciones para el fenómeno, desde un marco teórico, las dimensiones a analizar y mediante un conjunto de enfoques y técnicas.

Este estudio tiene como estructura central un estudio de caso múltiple, por lo tanto, es una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no están claramente definidos.

La realización de este estudio será hecha a través de la satisfacción de los profesionales en actuar en las unidades de urgencias y emergencias por el SUS; condiciones ofrecidas por la unidad de pronta atención para la buena atención de la población; evaluación de la política de calidad de la asistencia por los gestores de la unidad; el análisis de los prontuarios de los pacientes en cuanto al llenado de la hipótesis diagnóstica, quejas, examen físico, y prescripción médica; y la observación de las unidades de emergencias, por lo tanto utilizando enfoques que corresponden a la Metodología Cualitativa y Cuantitativa. A partir de la auscultación de los diversos actores sociales involucrados (equipo multiprofesional, gestores y usuarios) en la atención de urgencia y emergencia ya través de las interacciones de las distintas evaluaciones va a traer un entendimiento de la calidad de la atención a la salud.

3.1 Definición De Las Dimensiones De La Calidad De La Atención

Esta evaluación de la calidad de la atención brindada por el hospital y por profesionales médicos y enfermeras, no se basó en el criterio técnico en relación con la capacidad diagnóstica, terapéutica y curativa del paciente, como en otros estudios que desarrollan y aplican métodos para evaluar la idoneidad de buscando servicios de acuerdo con la gravedad del caso a través de estándares técnicos como la duración del servicio sin medicación, o el Protocolo de adecuación de emergencia del unidad del cuidados de emergência que utiliza Categorías de evaluación técnica, como la gravedad clínica del caso, el tratamiento realizado, los recursos utilizados y los criterios utilizados por los pacientes que buscan una emergencia de forma espontánea, con el objetivo de analizar la propiedad de la asistencia prestada en los servicios de urgencia y emergência (Pitanga, 2020).

De la revisión de la literatura sobre indicadores, dimensiones y propuestas para políticas de calificación de la atención médica, en particular atención de emergencia, priorizando la evaluación de las relaciones interpersonales y teniendo como referencia para su definición el respeto por los derechos de las personas y la acogida proporcionados por el servicio y los trabajadores, se definieron las dimensiones de calidad a evaluar. La definición de las dimensiones de calidad a estudiar se basó en el respeto a los derechos de las personas formulada por el proyecto de metodología para la evaluación del desempeño del sistema de salud brasileño, detallado en el marco teórico y la recepción , prestados por los servicios y trabajadores, que se analizó no como un examen de detección, sino como una acción continua que debe ocurrir en todos los lugares y momentos de la atención médica. Para su elaboración, la propuesta de "Recepción con evaluación y clasificación de riesgos" propuesta por la Política de Calificación para la Atención de Salud del Sistema Único de Salud - QualiSUS y por la Política de Humanización – HumanizaSUS, del Ministerio de Salud (Hollanda, 2012).

A partir de este marco, se elaboraron las dimensiones generales de calidad a evaluar en este trabajo:

1 - Respeto a los derechos de las personas:

- a) confidencialidad de la información;
- b) Privacidad en la asistencia;
- c) derecho a la información;
- d) comodidad;
- e) Dignidad y cortesía.
- f) Priorización de la atención al usuario;
- g) Percepción de la calidad de la asistencia por parte de los usuarios.

2 - Recepción.

La dimensión de la percepción de la calidad de la atención clínica por parte de los usuarios contiene en su interior parte de las otras dos dimensiones (respeto de los derechos de las personas y recepción del usuario) con respecto a la relación profesional / usuario, teniendo como objeto a la persona y no a la enfermedad. pero también, evaluará en relación con el cumplimiento de una rutina y normas para la buena asistencia del equipo de enfermería y los médicos. Otro enfoque de la calidad llevado a cabo en este trabajo tiene la propuesta de que propone que las evaluaciones de salud tengan la estructura, el proceso y el análisis de resultados como ejes para su desempeño. Esta investigación estudió uno de los resultados en la atención médica, que es la satisfacción del usuario a través de la evaluación de la estructura y el proceso de trabajo, así como la evaluación de las dimensiones cualitativas (Felisberto, 2010).

Estructura: las condiciones ofrecidas por la unidad del salud se evaluaron a través de las condiciones del medio ambiente y la organización del unidad del salud para un buen servicio a los usuarios y una buena práctica profesional. Proceso: se evaluó el trabajo de los profesionales

médicos, las enfermeras y la recepción de los usuarios, es decir, la acción y la interrelación humana en la atención médica del usuario.

La evaluación también se realizó desde la perspectiva de las motivaciones de los profesionales finalistas, médicos y enfermeras, de la unidad estudiada, asignada a emergencias. Las motivaciones de estos profesionales se analizaron con base en la apreciación del trabajo propuesto, con los siguientes factores:

- Realización en el trabajo que se refiere a la búsqueda del placer y la realización personal y profesional;
- Relaciones sociales que se refieren a la búsqueda de relaciones sociales positivas en el trabajo y para contribuir a la sociedad a través del trabajo;
- Prestigio que se refiere a la búsqueda de autoridad, éxito profesional y poder de influencia en el trabajo;
- Estabilidad que se refiere a la búsqueda de seguridad y orden en la vida a través del trabajo, lo que permite satisfacer materialmente las necesidades personales.

Finalmente, se realizó una evaluación de la dimensión política a través de entrevistas con el Director General, donde trataron de comprender su percepción de la calidad de la atención de emergencia, las políticas de calificación desarrolladas en la unidad de salud y la evaluación de los diversos actores sociales involucrados.

3.2 Sobre Instrumentos De Investigación

La definición y elaboración de los instrumentos de investigación es el siguiente paso para la definición del objeto y metodología de investigación y su construcción es de fundamental importancia para garantizar la coherencia entre la definición del objeto y el estudio realizado, ya que son los instrumentos que operacionalizan los objetivos a través de elaboración de indicadores y permitir el estudio de las teorías propuestas.

Para Souza et al (2011), un instrumento de construcción de datos es más preciso cuanto mayor sea su capacidad para representar fielmente la variable que propone medir o el aspecto de la realidad que pretende comprender, enfatiza que el uso y la elección de las fuentes requieren que el investigador tenga conocimiento de diferentes habilidades y procedimientos metodológicos y enumera algunos de los principios predominantes para el trabajo de recolección de datos en la realización de los estudios de caso:

a) Diversas fuentes de evidencia (evidencia de dos o más fuentes, pero que convergen en relación con el mismo conjunto de hechos o hallazgos);

b) Una base de datos para el estudio de caso (una reunión formal de evidencia distinta del informe final del estudio de caso);

c) Una cadena de evidencia (vínculos explícitos entre las preguntas formuladas, los datos recopilados y las conclusiones alcanzadas). Para la investigación científica, se identifican tres fuentes de datos: a) documentos (escritos oficiales y personales); b) observación sistemática (experimental, semiexperimental y natural), observación vinculada a la entrevista, observación libre y observación participante; y c) información proporcionada por individuos, que puede ser gratuita (de exploración, con información clave y clínica) o dirigida (semiestructurada y cuestionario).

Se identifica como técnicas de recolección de datos en la investigación social: observación (simple, participativa y sistemática); las entrevistas (informales, focalizadas, guiadas y formalizadas); los cuestionarios (con preguntas cerradas, preguntas abiertas y preguntas relacionadas); escalas sociales (ordenamiento, graduación, escalas de distancia social; pruebas y documentos (lo más importante: registros estadísticos, documentos escritos y comunicación de masas).

Para un estudio de cas, la evidencia se puede obtener de seis fuentes diferentes: documentos, registros en el archivo, entrevistas, observación directa, observación participante y artefactos físicos. En este estudio sobre la calidad de la atención urgente y de emergencia, las fuentes de datos fueron los documentos, observaciones e información proporcionados por los actores sociales involucrados en el proceso: usuarios, profesionales y gerentes. Para comprender este fenómeno social, se elaboraron una amplia variedad de enfoques del problema, definidos a partir de los objetivos específicos de esta investigación (Viacava & Largradia, 2012).

- Pesquisa satisfacción de los usuarios;
- Definición del perfil de usuarios y profesionales médicos y enfermeiras;
- Evaluación de las motivaciones de los profesionales a través de la valorización del trabajo;
- Evaluación de condiciones de trabajo por profesionales;
- Entrevista enfocada con los director de la unidad.
- Observación de investigadores sobre el respeto de los derechos de las personas y la acogida de usuarios;
- Análisis objetivo de cómo completar los formularios de servicio;
- Por lo tanto, en base a esta diversidad de enfoques, el siguiente paso en la planificación de la investigación es:
- ¿cómo abordar los diversos actores sociales y los problemas involucrados?

¿Cuestionarios?

- ¿Abierto o cerrado?
- ¿Observar la asistencia brindada? Entrevista?
- ¿A quién entrevistar?

La respuesta a estas preguntas fue dada por el análisis de cada uno de los objetivos, actores involucrados, dificultades para abordar y revisar la literatura. La evaluación de la satisfacción del usuario se llevó a cabo mediante la aplicación de un cuestionario con preguntas cerradas que facilitan el enfoque de los usuarios en los servicios de emergencia debido a su facilidad, rapidez y objetividad para completar; poca posibilidad de errores; fácil procesamiento de resultados; y permite un sofisticado análisis de datos. Aunque pueden tener las desventajas de no capturar información inesperada, comentarios, explicaciones y aclaraciones significativas, dadas por el entrevistado cuando el cuestionario se realiza a través de preguntas abiertas. En la evaluación del perfil de los usuarios, se utilizaron preguntas predominantemente cerradas, sobre evaluación de la recepción agotada, las preguntas que se harán ahora están relacionadas con la espera y la atención realizada en Acolhimneto y clasificación de riesgo / clasificación, se utilizaron preguntas que el usuario podría incluir una calificación de 0 a 10.(APÉNDICES A y B).

Los cuestionarios se configuran como dispositivos estandarizados y que capturan la presencia o ausencia de una determinada característica o atributo en el individuo, lo que permite medir la magnitud con que esa característica o atributo se distribuye en ese grupo. La distribución similar o diferente de estos atributos entre los diferentes grupos se evalúa en términos de significación estadística. En este sentido, la opción de usar cuestionarios para entrevistar a un gran número de usuarios a los que se debe contactar durante la atención de emergencia era la mejor opción.

La evaluación de los profesionales sobre el trabajo en la unidad del salud se llevó a cabo utilizando un instrumento de investigación que contenía dos tipos de evaluaciones. El primero se refiere a la evaluación de la motivación de los médicos y enfermeras. El segundo se ocupará de la

evaluación de las condiciones que ofrece el unidad del salud para atender a la población, además de caracterizar el perfil de estos profesionales (APÉNDICE E e F).

Para evaluar la motivación de los profesionales médicos y enfermeras que trabajan en las emergencias encuestadas, debido a la falta de identificación de la existencia de un informante clave, se requeriría una evaluación con un número significativo de profesionales. La construcción de indicadores cualitativos mediante estrategias cuantitativas (la medición de valores, opiniones, relaciones y experiencias intersubjetivas) es muy antigua en el campo de las ciencias sociales. El estudio de la motivación es un campo de investigación de la psicología mediante el uso de escalas sociales, que se conoce como la línea de investigación de evaluación cualitativa que presenta instrumentos y resultados típicos del enfoque cuantitativo a través de la "medición de actitudes"(Szwarcwald et al ., 2014).

El enfoque psicosocial, para estudiar la motivación de los profesionales, parte de la premisa de que existe una relación dialéctica entre el mundo psíquico y el entorno, formando una unidad en la que no siempre es posible distinguir lo individual y lo colectivo, o el interior y el exterior. contextual, ya que el individuo, en su proceso de socialización tiende a apropiarse de los contenidos sociales (por ejemplo: valores, creencias, significados) y asumirlos como su, por lo tanto, un enfoque sociohistórico de los fenómenos. A pesar de la crítica epistemológica de reducir la complejidad de la motivación a las opciones restringidas concebidas por los investigadores, esta es un área de conocimiento establecido de la psicología del trabajo. Los instrumentos desarrollados por los investigadores de psicología social se desarrollan dentro de un protocolo de investigación riguroso, que se somete a rigurosos criterios de validación para, a partir de ese momento, poner su uso a disposición de la comunidad científica, dentro de criterios establecidos, como la definición de grupo de trabajadores a los que están destinados los instrumentos (Silva & Cortez, 2015).

La evaluación de las condiciones de trabajo ofrecidas por la unidad de salud a los profesionales de emergencias consistió en preguntas cerradas en las que se les pidió dar un concepto. Asimismo, la caracterización de los profesionales se realizó a través de preguntas cerradas y mixtas. Uno de los factores condicionantes de los instrumentos que se aplicarán a los profesionales fue su simplicidad en la aplicación de los instrumentos y la consecuente mayor adhesión de los profesionales para contribuir a la investigación. Asumiendo que los fenómenos de interés no son puramente históricos, algunos comportamientos o condiciones ambientales relevantes estarán disponibles para observación. Hacer estas observaciones sirve como fuentes de evidencia. Las observaciones pueden variar desde actividades formales hasta actividades informales de recolección de datos. Más formalmente, se pueden desarrollar protocolos de observación como parte del protocolo del estudio de caso, y se le puede pedir al investigador de campo que evalúe la incidencia de ciertos tipos de comportamiento durante ciertos períodos de tiempo en el campo (Oliveira, 2019).

Hay cuatro formas principales de observar individuos o fenómenos. Se distinguen por la distancia entre el investigador y la acción que se desarrolla, así como por la estandarización de los elementos de observación. Son: observación sistemática, observación vinculada a la entrevista, observación participante y observación libre. La observación sistemática implica una mayor distancia entre el investigador y el fenómeno a observar. Luego, al investigador generalmente se le proporciona una tabla que le recuerda los elementos que debe observar, o la secuencia en la que deben aparecer los elementos.

La observación participante también presupone el uso de una tabla de observación que determina, de antemano, los aspectos que deberían llamar la atención del observado o participante es un modo especial de observación en el que no eres solo un observador pasivo. En cambio, puede asumir una variedad de roles dentro de un estudio de caso y, de hecho, puede

participar en los eventos que se estudian. Por lo tanto, debido al grado de participación y participación del investigador, permite observaciones en profundidad (Silva & Cortez, 2011).

En la observación vinculada a la entrevista, la recolección de datos resulta de observar las reacciones de los individuos a los estímulos provocados por el entrevistador. En observación libre, el investigador aborda la situación sin usar una tabla, ya que el observador es parte de la situación observada y se utiliza en antropología y sociología. De acuerdo con los objetivos de la investigación, se debe establecer la forma y el contenido de la observación. Cada observación debe registrarse en formularios, diario de campo o ambos, de acuerdo con la estrategia de observación adoptada (Oliveira et al ., 2019).

En nuestra investigación utilizamos dos técnicas de observación (APÉNDICES- I y J), observación sistemática con un guión y una tabla para completar, por ejemplo, para medir los diversos tiempos de espera y la observación participante donde a través de un guión de observación donde detalle los puntos a observar, así como las impresiones recogidas y anotadas en el diario de campo.

El análisis documental realizado en este estudio es uno de los indicadores de la calidad de la atención médica brindada en las unidad de emergencia. Este análisis tendrá un carácter objetivo, identificando en el formulario de atención al paciente el llenado de la identificación del paciente, signos vitales, quejas, examen físico, hipótesis de diagnóstico y prescripción médica (APÉNDICE-I).

Información documental es relevante para todos los temas del estudio de caso. Este tipo de información puede tomar muchas formas y debe ser objeto de planes explícitos de recopilación de datos y distingue los documentos, según su forma de difusión, las siguientes categorías: documentos oficiales (gobiernos o empresas), documentos personales, la prensa (periódicos y publicaciones científicas) y documentos de utilidad (publicidad, catálogos) . Este

autor clasifica los registros de servicios de los profesionales de la salud como "datos administrativos individualizados"(Silva & Cortez, 2015).

La entrevista con lo director de la unidad tenía los objetivos específicos de aprender de estos directores su comprensión del trabajo de los profesionales, la evaluación de los usuarios y su comprensión de las condiciones ofrecidas para mejorar la calidad de la atención de emergencia en su dimensión política. Las entrevistas son fuentes esenciales de información para el estudio de caso. Las entrevistas parecen ser conversaciones guiadas y no investigaciones estructuradas, es decir, no importa cuán riguroso sea el guión de la entrevista, el investigador debe saber capturar de manera no sesgada la percepción del entrevistado de la pregunta propuesta.

Las entrevistas como la información proporcionada oralmente por el individuo, que puede obtenerse en una entrevista gratuita o en una entrevista dirigida. Distingue tres formas de entrevistas gratuitas: la entrevista de exploración, la entrevista con un informante clave y la entrevista clínica. En la entrevista gratuita, el entrevistador no estructura previamente la entrevista, con la intención de obtener información precisa. Las entrevistas dirigidas se caracterizan por la estructura impuesta en la entrevista previamente por el investigador, es decir, por el hecho de que determina de antemano las facetas y dimensiones de la información buscada. Este tipo de entrevista, también llamada entrevista focalizada, son entrevistas espontáneas que adquieren el carácter de una conversación informal, pero probablemente seguirá ciertas preguntas que se originan en el protocolo del estudio, (Szwarcwald et al., 2014).

Por lo tanto, la entrevista dirigida o enfocada es la estrategia de investigación adecuada para capturar de los gerentes de los hospitales las facetas de la calidad de la atención de emergencia y su dimensión política y puede dialogar con otros resultados de la investigación a través de otros instrumentos. El uso de estrategias de enfoque múltiple para analizar un problema dado permitirá a los investigadores percibir las diversas lecturas de los actores sociales de ese

problema. Permitirá, por ejemplo, solicitar la evaluación del usuario del tiempo de espera para ser atendido, la opinión del gerente sobre ese tiempo de espera y, al mismo tiempo, medir este tiempo de espera en loco, permitiendo a partir de esta nueva construcción un nuevo análisis (Silva & Cortez, 2015).

Una vez que se ha definido la metodología de investigación, las dimensiones de la calidad de la atención urgente y de emergencia a evaluar, las estrategias e instrumentos de investigación, el siguiente paso es la elaboración de los instrumentos.

3.3 Desarrollo De Instrumentos De Investigación.

Para la elaboración de los instrumentos de recopilación de datos y la formulación de las preguntas a responder, fue necesario transformar los objetivos principales y específicos en objetivos operativos y en este proceso de elaboración de los instrumentos, el análisis de datos debe estar presente permanentemente. a un proceso continuo de reelaboración de los objetivos operativos y la metodología a utilizar. En esta perspectiva, como marco metodológico para la preparación de los instrumentos, se basaron tres ejes de evaluación en los que se incluirían los instrumentos de evaluación:

- Evaluación de las dimensiones cualitativas definidas por la investigación:
 - Cuestionario de usuario;
 - Observación sistemática;
 - Análisis de documentos;
- Evaluación de las condiciones de infraestructura ofrecidas por la institución:
 - Cuestionario para profesionales;
 - Observación sistemática;
 - Entrevistas con profesionales;
 - Cuestionario de usuario.

- Evaluación del trabajo de los profesionales:
 - Cuestionario de usuario;
- Evaluación de la motivación profesional:
 - Cuestionario de profesionales.
- Evaluación política de la calidad de la atención de emergencia:
 - Entrevista con el director de la unidad.

Debido a la amplitud y complejidad de la evaluación, fue necesario hacer un esfuerzo para desarrollar un instrumento que permitiera organizar todos los elementos de la investigación. A partir de los temas centrales a investigar, las dimensiones define: Qué? Como? Donde? Y con quién buscar? Para esto, se construyó la Matriz de Desarrollo de Instrumentos de Investigación, que transforma las dimensiones en preguntas concretas para ser evaluadas en los diversos instrumentos que se aplicarán en los diversos espacios y con los diversos actores sociales involucrados.

3.4 Construcción De La Matriz De Desarrollo De Instrumentos De Investigación

Para elaborar la matriz de construcción de los instrumentos de investigación que analizarán las dimensiones de calidad propuestas en este estudio y las dimensiones de la evaluación propuesta por Donabedian, que abordará las condiciones ofrecidas y el trabajo de los profesionales, el primer paso fue definir qué contendría: descriptores, la ubicación a observar, en qué instrumento debe evaluarse y la pregunta guía para la elaboración de los instrumentos. Con esto, fue posible lograr coherencia entre los objetivos formulados, la elaboración de los instrumentos y los análisis a realizar.

La matriz para la preparación de instrumentos para evaluar la calidad de las urgencias en función de las dimensiones a evaluar tiene el título, definidores de esta evaluación:

- Dimensiones de calidad;

- Descriptores;
- Lugar para ser evaluado;
- Instrumento;
- Pregunta guía para la elaboración de los instrumentos;
- Dimensiones de la evaluación;

El proceso de elaboración de la matriz tuvo lugar en un proceso de acumulación de resultados. Al principio, a partir de las dimensiones cualitativas adoptadas, se definieron los contenidos de las dimensiones y sus descriptores.

La confidencialidad de la información se refiere a la confianza de los usuarios para exponer sus problemas, sus intimidades a los profesionales de la salud:

Dimensión	Descriptores
Confidencialidad de la información.	Evaluar la relación entre profesionales y usuarios permitiendo la confidencialidad de la información.

La privacidad en la atención aquí se refiere a la no exposición física del paciente:

Dimensión	Descriptores
Privacidad en el servicio	Evaluar si el usuario ha estado físicamente expuesto a personas que no sean profesionales de la salud

El derecho a la información se refiere al acceso a la información sobre decisiones médicas e información que garantiza su autonomía en el servicio:

Dimensión	Descriptores
Derecho a la información	Evaluar si el usuario fue informado de las decisiones médicas sobre su diagnóstico y tratamiento. Observe si el tiempo de espera se informa a los usuarios. Evaluar la presencia de signos que garanticen la autonomía de la locomoción.

	Observe si hay divulgación de las especialidades ofrecidas por el hospital para una mayor autonomía de elección por parte del usuario.
--	--

Confort entendido como condiciones dignas y adecuadas al ayudar a los usuarios:

Dimensión	Descriptor
Comodidad	Evaluar la comodidad en relación con: Adecuación y confort de los muebles; Limpieza del medio ambiente; Comida comestible; Ventilación y temperatura ambiente; Iluminación adecuada; Ausencia de ruido desagradable; Ropa limpia y adecuada; Condiciones de descanso en servicio para profesionales; Comodidad del entorno laboral.

La dignidad y la cortesía se refieren al reconocimiento del usuario como ciudadano:

Dimensión	Descriptor
Bienvida Acogimiento	Observa la existencia de un equipo multiprofesional para darte la bienvenida a la unidad. Observarsi el orden de atención se da acuerdo com la gravedad del caso. Observarsi los encaminamientos son hechos de forma adecuada otros servicios de salud

La priorización de la atención al usuario se refiere a la atención de emergencia de sus necesidades:

Dimensión	Descriptor
Priorizar la atención al usuario	Evaluar los tiempos de espera. Evaluar el número de visitas por profesional.

La dimensión de la percepción de la calidad de la atención clínica se analizará desde la perspectiva del cumplimiento de las rutinas de trabajo de médicos y enfermeras:

Dimensión	Descriptorios
Asistencia clínica	Valorar la capacidad de los profesionales para escuchar las quejas de los usuarios. Valorar el desempeño de un examen físico detallado y cuidadoso. Evaluar el soporte de laboratorio, imágenes y el banco de sangre. Evaluar la disponibilidad, mantenimiento y cantidad de equipos y suministros. Evaluar el llenado de la historia clínica. Evaluar el cumplimiento de la administración de medicamentos por parte del equipo de enfermería. Evaluar la higiene regular de los pacientes por parte del equipo de enfermería. Evaluar la administración de las dietas prescritas a los pacientes por el equipo de enfermería. Evaluar la capacidad del jefe de enfermería para coordinar el equipo de enfermería. Evaluar el número de profesionales para garantizar una buena atención al paciente. Evaluar la gestión y organización del trabajo.

Finalmente, a partir de la definición de las dimensiones y sus descriptorios, fue posible definir qué preguntas corresponden a los diversos puntos de atención urgente que deberían evaluarse: recepción / recepción, atención de emergencia, evaluación de emergencia y general, en qué instrumentos deberían las evaluaciones estar contenidas y la pregunta guía para su elaboración. Con la elaboración de la matriz final fue posible elaborar los contenidos que deberían.

4. Materiales y Métodos

Esta investigación utilizará métodos y técnicas de investigación diversificadas, por lo que es de gran importancia una breve revisión sobre la metodología cuantitativa y cualitativa y sus

interacciones, así como sobre las herramientas a ser utilizadas para una mejor comprensión metodológica y así realizar un enfoque correcto del objeto de estudio, permitiendo responder a las indagaciones del investigador.

Los métodos o enfoques adoptados en la investigación científica pueden ser divididos en métodos cuantitativos y cualitativos, el primero investiga la relación de causalidad entre fenómenos o evidencias de asociación entre variables, tiene una medición controlada y pueden ser replicados; y el segundo tiene como foco la comprensión del significado de los fenómenos sociales.

En la investigación la metodología cuantitativa y cualitativa es frecuentemente aplicada en los estudios descriptivos, en aquellos que buscan descubrir y clasificar la relación entre variables, así como en los que investigan la relación de causalidad entre fenómenos. El autor clasifica los estudios cuantitativos en: descriptivos, de correlación de variables, comparativos causales y experimentales. Los estudios de naturaleza descriptiva se proponen investigar el "que es", es decir, a descubrir las características de fenómeno como tal;

Los estudios que buscan investigar la correlación entre variables se utilizan cuando el investigador desea obtener mejor entendimiento del comportamiento de diversos factores y elementos que influyen sobre determinado fenómeno;

En el estudio comparativo causal el investigador parte de los efectos observados y busca descubrir los antecedentes de tales efectos;

Los estudios experimentales son los que proporcionan al investigador medios más rigurosos para probar hipótesis, determinando si la relación es de causa-efecto.

Los modelos teóricos de investigación cualitativa son, históricamente: estudios comprensivos usando el diseño tipo-ideal, estudios de cuño fenomenológico, estudios

etnometodológicos, estudios interrelacionistas simbólicos, estudios de carácter hermenéutico-dialéctico, estudios de investigación-acción e investigación participativa (Pitangal, 2020).

Los estudios que emplean una metodología cualitativa pueden describir la complejidad de determinado problema, analizar la interacción de ciertas variables, comprender y clasificar procesos dinámicos vividos por grupos sociales, contribuir en el proceso de cambio de determinado grupo y posibilitar, en mayor nivel de profundidad, comprensión de las características del comportamiento de los individuos (Richardson, 2010).

Esta revisión permitió una mayor claridad sobre los métodos y técnicas cuantitativos y cualitativos que deberían ser utilizados en el desarrollo de este estudio que evalúa un fenómeno complejo: la calidad de la asistencia de urgencia y emergencia.

La realización de este estudio será hecha a través de la satisfacción de los profesionales en actuar en las unidades de urgencias y emergencias por el SUS; condiciones ofrecidas por la unidad de pronta atención para la buena atención de la población; evaluación de la política de calidad de la asistencia por los gestores de la unidad; el análisis de los prontuarios de los pacientes en cuanto al llenado de la hipótesis diagnóstica, quejas, examen físico, y prescripción médica; y la observación de las unidades de emergencias, por lo tanto utilizando enfoques que corresponden a la Metodología Cualitativa y Cuantitativa. A partir de la auscultación de los diversos actores sociales involucrados (equipo multiprofesional, gestores y usuarios) en la atención de urgencia y emergencia ya través de las interacciones de las distintas evaluaciones va a traer un entendimiento de la calidad de la atención a la salud.

2) Unidades de análisis: Equipomultiprofesional

- Gestor, Administrador, Coordinador, Médicos, Enfermeros, Tecnicos de Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Farmaceutico, recpcionista, Seguridad, Maqueiro, Técnico en Laboratorio, Copeira, Auxiliar de Servicios Generales.

3) Variables: Satisfacción del usuario, perfil de usuarios que busca el servicio, satisfacción del equipo multiprofesional en actuar en el servicio de urgencia y emergencia, perfil del equipo multiprofesional, cualificación del equipo multiprofesional, recursos materiales de la unidad, tipos de servicios ofrecidos, prontuarios médicos

4) Procedimiento: Analice las cuestiones aplicadas a los empleados y usuarios.

5) Técnicas e instrumentos:

-Aplicar cuestionario a los usuarios sobre satisfacción del servicio; (Apendice - A)

-Indetificación del perfil de los usuarios que busca atención en el SUS, (Apendice -B)

-Aplicar Cuestionario a los profesionales sobre condiciones de trabajo y satisfacción de actuar en el servicio de emergencia (Apendice-D y E);

- Evaluar el perfil de los profesionales que actúan en las urgencias y Emergencias (Aptitud -F)

- Observación Sistemática I por el investigador del Ambiente de la unidad (Apendice - H);

- Observación Sistemática II por el investigador del Servicio prestado al usuario (Apendice I);

5. Caracterización Del Locus De Investigación

La investigación se realizó en la Unidad de Atención de Emergencia - UPA 24hs, ubicada en la ciudad de Iporá Goiás. La Unidad consta de 13 camas y 10 sillones que se dividen en habitaciones, como una habitación roja con 3 camas, una habitación amarilla con 10 camas dividida por salas de mujeres, hombres, pediatría y aislamiento y la sala de medicamentos con 10 sillones para realizar seroterapia rápida, destinada al servicio al cliente con todo tipo de reclamación, así como situaciones clínicas: ambulatorio y de emergencia. Se adjuntan a la Unidad

un vestidor, sala de suturas, sala de inhalación, sala de recolección de exámenes, sala de rayos X, sala de ultrasonidos, farmacia, sala de observación obstétrica, purga, salas de consulta, sala de evaluación con consulta de enfermería y consultorio médico que permite la atención secundaria.

Todas las cajas en la sala roja están equipadas con una red de oxígeno, vacío, aire comprimido, un monitor de cabecera capaz de leer el ritmo y la frecuencia cardíaca, así como la presión arterial y los niveles de oxígeno en la sangre. Además del equipo necesario para hacer frente a situaciones que ponen al individuo en riesgo inminente de muerte. En este escenario, varios profesionales trabajan, con el equipo médico compuesto por 17 médicos, el equipo de enfermería consta de 8 enfermeras y 22 técnicos de enfermería, 06 recepcionistas, 4 asistentes de limpieza, 2 sirvientas y 1 ° asistentes administrativos, 1 coordinador de enfermería y 1 director administrativo.

El equipo de enfermería que trabaja directamente en la asistencia y se distribuye en una escala de servicio mensual de 12 x 36 horas (día o noche) y se divide en 4 turnos diferentes. 2 enfermeras trabajan bajo asistencia, 1 coordinación general. Equipo médico compuesto por 17 médicos, donde 2 médicos están de guardia entre las 7 am y las 7 pm y desde las 7 pm solo 2 médicos están de servicio con las funciones de la oficina y la sala de emergencias. Los médicos obstétricos, pediatras y cirujanos están de guardia.

A continuación se presentan las principales características de las emergencias de esta unidad de atención de emergencia.

Servicio mensual de la unidad	
Tipos de servicio	Número de servicio
Clinica Medica	19.800
Traumatologia	10.800
Cardiología	1.800
Pediatría	1.440
Obstetricia	12.960
Quirúrgico	2.200
Psiquiatría	1.900

Marco. Tipos de atención brindada en la Unidad de Atención de Emergencia de julio de 2018 a febrero de 2020.

Los números de atención para pacientes por clasificación de color y tiempo de espera según el protocolo de Manchester, realizan un promedio de 2500 atención, incluida clínica médica y emergencias.

Número de asistencia mensual por colores de clasificación.	
Lamar colores	Números por mes
Rojo	60
Naranja	100
Amarillo	250
Verde	1000
Azul	1400

Marco. Número de servicio mensual por color, seguido del protocolo Manchester. Enero 2020.

5.1. Definición De La Muestra

Para llevar a cabo la investigación, fue necesario evaluar la sala de emergencias, la emergencia y los turnos de trabajo diurnos y nocturnos. Para ello, la encuesta se realizó con todos los profesionales médicos porque son un número menor de médicos de sala de emergencias

diurnos y nocturnos y un médico de urgencias diurno y nocturno en un médico de la oficina, es decir, 17 médicos, lo que corresponde al 100% .

En el caso de las enfermeras, los criterios fueron evaluarlos a todos porque son un número menor, sin embargo, dado que el trabajo de las enfermeras se lleva a cabo indistintamente en la sala de emergencias y emergencias, se seleccionaron dos enfermeras de los turnos de día y de noche cada día de la semana, es decir, en un total de 8 enfermeras en la unidad, el 100% del total.

Se entrevistará a los usuarios de la sala de emergencias y la unidad de emergencias de los turnos diurnos y nocturnos de los siete días de la semana. Además, como será necesario entrevistar a los usuarios atendidos por los médicos entrevistados para que estemos seguros de que el nivel de satisfacción de los usuarios también se relaciona con estos profesionales, se entrevistó a 400 pacientes donde se excluyeron 196, de los entrevistados 12 pacientes de cada médico, en total 204 usuarios, es decir, el 8,16% de las visitas mensuales.

Con base en los criterios predefinidos para el número de encuestados, turno, día de la semana y lugar de servicio, los profesionales fueron seleccionados por sorteo. La selección de las dosis de los usuarios para cada profesional se realizó desde el primer usuario encontrado en el campo de investigación, a quien el médico ya entrevistó y al elegir a los siguientes usuarios a quienes contactar, el entrevistador "omite" dos usuarios y se dirige al tercero. (1, 4, 7, 10, 13,16, 19, 22, 25, 28,31,34), y así sucesivamente.

Por lo tanto, la selección de la muestra de trabajo se dividirá en subconjuntos exclusivos y exhaustivos, homogéneos en relación con las variables utilizadas para dividir la población estudiada y de allí extraer una muestra aleatoria en cada uno de estos grupos, dando una mayor representatividad y ser así caracterizado como aleatorio con estratos de subconjuntos homogéneos de la población (Richardson, 2010).

5.2 Obtención De La Recopilación De Datos

Prueba de instrumentos de recolección de datos. Como paso previo a la recopilación y presentación de la versión final de los instrumentos al Comité de Ética del Centro de Investigación de la Universidad Federal de Jatai-Goiás, se probaron cuestionarios con profesionales y usuarios de la unidad. En esta etapa, las pruebas fueron aplicadas por el investigador para percibir la comprensión del contenido de los instrumentos por parte de los entrevistados, profesionales y usuarios, así como el tiempo promedio de aplicación, la facilidad de aplicación del instrumento en el formato propuesto y la consistencia entre la comprensión / respuesta. y el objetivo de cada pregunta propuesta en el instrumento, como se detalla en la preparación de los instrumentos, en los siguientes capítulos.

5.3 Preparación y Recopilación De Datos

En preparación para el trabajo de campo, la propuesta de trabajo fue presentada al Secretario Municipal de Salud para su autorización inicial. En ese momento, hubo una demostración de la voluntad de colaborar con la investigación. Después de la autorización de la Secretaría Municipal de Salud y la elaboración final de los instrumentos, el proyecto se presentó al Comité de Ética de la Universidad Federal de Jatai Goiás con el título: Evaluación de la calidad del servicio multiprofesional al Servicio de emergencia de la Unidad de emergencia de la Unidad de atención de emergencia (UPA) en ciudad de Iporá Goiás. En cuanto a la garantía de los derechos y la recepción de los usuarios, las condiciones ofrecidas y la motivación de los profesionales en las emergencias de la unidad de atención de emergencia-UPA de Iporá -Goiás. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética.

Luego de obtener la autorización del Gerente Municipal, contactó al Director de la unidad para la presentación, aclaración y solicitud de autorización para el trabajo de campo de los investigadores. En contacto con la dirección de la unidad, además de presentar la propuesta de

investigación, este momento tuvo la función de comenzar la preparación de la recopilación de datos, con la sensibilización del jefe de emergencias y la recopilación de información preparatoria para la aplicación de los instrumentos: escalas médicas y enfermeras, estructura de la unidad (consultorios médicos, salas, recepción), asistencia promedio y contactos de referencia.

Luego de este contacto con la dirección de la unidad, debidamente identificada por los distintivos de la institución investigada. Al mismo tiempo, se publicaron carteles informando sobre la investigación, en lugares con buena visibilidad para profesionales y usuarios. En las entrevistas dirigidas a médicos, enfermeras y usuarios, se tomaron algunas precauciones para garantizar el anonimato de los informantes con la codificación de los profesionales y usuarios que fueron atendidos por este profesional. La recopilación de datos tuvo lugar de julio de 2019 a marzo de 2020. Al realizar las entrevistas, se presentó la investigación exponiendo sus objetivos principales e importancia y solicitando cooperación, enfatizando la importancia del estudio para el sistema de salud.

Las entrevistas se llevaron a cabo solo con la aceptación del entrevistado, expresada mediante la firma del Término de consentimiento libre e informado - TCLE, cuya copia fue entregada al entrevistado (APÉNDICES D y H).

1. Presentación de las preguntas: se les indicó que leyeran las preguntas, sin interpretaciones. Si el usuario expresó dudas sobre la pregunta, se leyó nuevamente, textualmente. Si la duda persistía después de la segunda lectura, el investigador podría explicar la pregunta de la manera más sucinta posible;

2. Relación con el entrevistado: si el entrevistado, profesional o usuario, mantuvo un comportamiento no colaborativo hacia el investigador, la entrevista no se llevaría a cabo.

Durante el proceso de recopilación de datos, se encontraron algunas dificultades. De los cuales, se pueden mencionar los más importantes:

La variabilidad del horario de atención de los médicos, que podría programarse para una hora y, debido a negociaciones con colegas, cumplir con el deber en otro momento. A pesar de las dificultades reportadas, afirman que la recepción por parte de la mayoría de los profesionales fue muy buena y que los usuarios fueron muy receptivos.

Para monitorear la recolección de datos realizada por el entrevistador, se definieron algunas rutinas:

-Primer momento: se realizó una investigación observacional sistemática en el período de tres meses dentro de la unidad para analizar el funcionamiento de la unidad y el comportamiento de los pacientes y profesionales de la salud.

-Segundo: la recopilación de datos se realizó durante un año a partir de los registros médicos para obtener información sobre los tipos de atención, el número de profesionales, los municipios a los que servía la unidad y el funcionamiento de la recepción y clasificación de riesgos (Protocolo de Manchester, 2017).

-Tercer momento: se aplicaron cuestionarios a profesionales durante el día y la noche durante dos meses.

-Cuarto: se eligió la aplicación de cuestionarios a los usuarios para la sala de observación y la sala amarilla;

Análisis en el último momento de los cuestionarios completados: los instrumentos completados se consolidaron y pre-sistematizaron, y durante este proceso, el investigador analizó posibles inconsistencias en el llenado para su posterior revisión. Debido a la naturaleza de la investigación, el Comité de Ética de Investigación, que juzgó el trabajo en su opinión, se abstuvo de que el investigador principal aplicara el Término de Consentimiento Libre e Informado, como lo consideró necesario, como una investigación que no implica riesgos, solo se requiere un término de confiabilidad de datos.

5.4 Obtención De Datos De Investigación

La construcción de los datos tuvo lugar en tres momentos:

El primer momento tenía la intención de describir a los usuarios que asisten a la unidad y que buscan atención, tales como: edad, sexo, educación, religión, profesión, cómo llegó la unidad y sus quejas. Esta descripción se realizó mediante la aplicación de un cuestionario con las características del usuario en el período comprendido entre julio del año 2019 y marzo de 2020.

En el segundo momento, se evaluó la satisfacción del usuario en el servicio, también a través de cuestionarios con las preguntas relacionadas con la espera del servicio, la recepción del paciente y la familia, la estructura de la unidad y la asistencia prestada por el profesional de la unidad. En el momento de la atención, se evaluó el nivel de satisfacción del equipo multiprofesional y su perfil, motivaciones y condiciones de trabajo, a través de cuestionarios aplicados a todo el equipo multiprofesional individualmente.

En el tercer momento, se evaluó el nivel de satisfacción del equipo multiprofesional y su perfil, motivaciones y condiciones de trabajo, a través de cuestionarios aplicados a todo el equipo multiprofesional individualmente.

1) Unidades de análisis: equipo multiprofesional

- Gerente, administrador, coordinador, médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, recepcionista, recepcionista, técnico de laboratorio, auxiliar de servicios generales.

2) Variables: satisfacción del usuario, perfil del usuario que brinda el servicio, satisfacción del equipo multiprofesional que trabaja en el servicio de urgencias y emergencias, perfil del equipo multiprofesional, calificación del equipo multiprofesional, recursos materiales de la unidad, tipos de servicios ofrecidos registros médicos

3) Procedimiento: Analice los cuestionarios aplicados a empleados y usuarios.

4) Técnicas e instrumentos:

- Aplicar cuestionario a los usuarios sobre la satisfacción del servicio; (Apéndice - A)
- Identificación del perfil de usuarios que buscan atención en el SUS, (Apéndice -C)
- Aplicar preguntas a los maestros sobre las condiciones de trabajo y la satisfacción de actuar en el servicio de emergencia (Apéndice- F);
- Evaluar el perfil de los profesionales que trabajan en emergencias y emergencias (Aptitudice- G)
- Observación sistemática I por el investigador del Medio Ambiente de la unidad (Apéndice - I);
- Observación sistemática II por el investigador del Servicio prestado al usuario (Apéndice J);

5.5 Plan De Análisis De Datos

Para la organización, procesamiento, análisis e interpretación de datos, se realizará un enfoque basado en la propuesta metodológica que divide este proceso en dos momentos: análisis interno del material y análisis de la contextualización de los resultados.

El primer paso será valorar los datos primarios obtenidos y sus resultados en cada uno de los instrumentos, tanto cuantitativos como cualitativos; en un segundo paso, se realizará la relación entre las variables en los cuestionarios de los usuarios y las entrevistas de los profesionales; y en un tercer momento, la contextualización, comparación y búsqueda de una explicación resumida del fenómeno a evaluar.

Primer momento - Valorización de los datos primarios obtenidos.

- Evaluación de la satisfacción del usuario;
- Evaluación de la observación sistemática;
- Evaluación de registros médicos;
- Evaluación de profesionales;

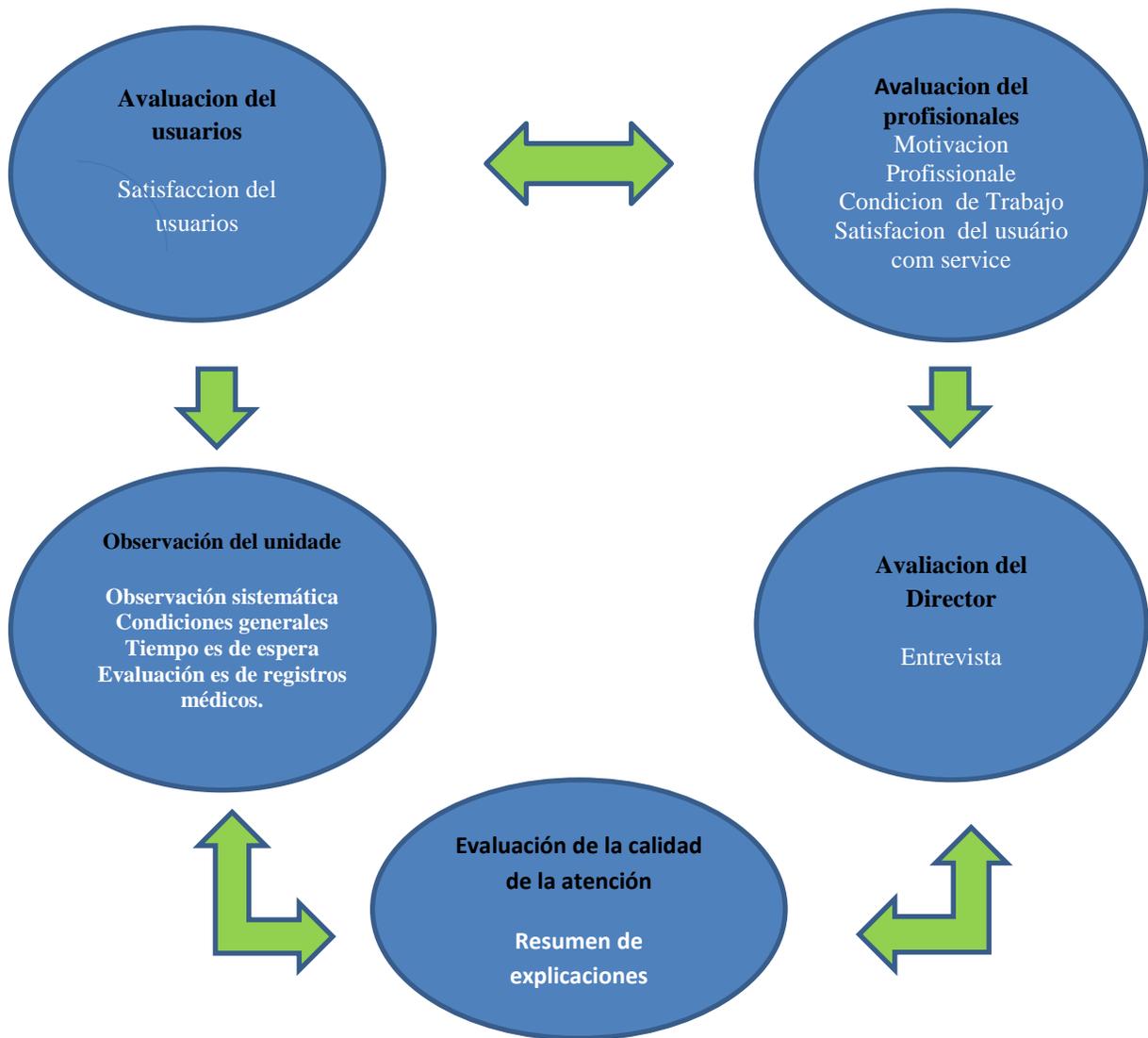
- Motivación de profesionales;
- Evaluación de las condiciones ofrecidas por la institución.

Segundo momento - Contextualización, comparación y búsqueda de una explicación resumida. Para llevar a cabo esta fase del análisis de los resultados, el primer paso es llevar a cabo la confrontación de los resultados obtenidos contenidos en los distintos instrumentos, teniendo como ejes centrales de análisis:

- Evaluación de las dimensiones cualitativas definidas por la investigación;
- Evaluación de las condiciones de infraestructura ofrecidas por la unidad;
- Evaluación del trabajo de los profesionales;
- Evaluación de la motivación profesional;
- Evaluación política de la calidad de la atención de emergencia.

Esta última fase es la realización de la explicación de síntesis. Es el momento en que las diversas evaluaciones se confrontan y dialogan, lo que se busca se basa en un marco teórico para tener una interpretación complementaria. Estas son evaluaciones cualitativas, que ayudan a interpretar datos cuantitativos; son resultados objetivos, que dan materialidad a la interpretación de un comportamiento / actitud; son los resultados conflictivos los que sacan a la luz la complejidad de lo que se analiza; y es la síntesis explicativa la que puede manejar mejor la evaluación de la calidad de la atención en las unidades de urgencias y emergencias.

Figura 1: Diagrama De Flujo De Objetos De Investigación: Profesionales y Usuarios.



CAPITULO 2

1. SATISFACCIÓN DEL USUARIO: La evaluación De La Asistencia Urgente y De Emergencia En Una Unidad De Emergencia De Mediana Complejidad.

1.1 Introducción

Al evaluar la calidad de los servicios y las acciones de salud, el análisis de la satisfacción del usuario es de gran importancia para comprender las necesidades, expectativas y diferencias individuales de los usuarios de los Sistemas de Salud. Las percepciones de los actores sociales sobre la calidad de los servicios de salud son determinado por sus experiencias anteriores. Consideran la importancia de los actores, y especialmente de los usuarios, en la evaluación. La dimensión subjetiva de la calidad de los programas y servicios de salud se refiere a un terreno poco explorado. Una investigación que pretenda revelar un objeto de naturaleza cualitativa debe prever el uso de una estrategia que permita la comprensión de los significados de los fenómenos, al mismo tiempo que respete su complejidad, riqueza y profundidad (Karpanez & Malik, 2019).

Basado en una extensa revisión de la literatura, observa que el aumento en el interés en la evaluación de la satisfacción del usuario comenzó en la década de 1970. En Brasil, los estudios sobre la satisfacción del usuario desarrollados en la década de 1990, a partir del fortalecimiento del control social en el ámbito del SUS, a través de la participación de la comunidad en los procesos de planificación y evaluación. El interés por la calidad no es un fenómeno nuevo en el alcance de los servicios de salud. Los procedimientos y mecanismos para garantizar y mantener la calidad han existido durante mucho tiempo. La novedad del movimiento contemporáneo es poner la opinión del usuario en primer plano como un aspecto determinante en el juicio de calidad (Malik, 2014).

La satisfacción del paciente es de importancia fundamental como medida de la calidad de la atención, ya que proporciona información sobre el éxito del proveedor en el logro de los valores y expectativas del paciente, que son temas en los que él es la mayor autoridad. La medición de la satisfacción es, por lo tanto, una herramienta valiosa para la investigación, la gestión y la planificación. Entre los siete componentes identificados para el análisis de la calidad del servicio (efectividad, efectividad, eficiencia, óptima, aceptabilidad, legitimidad y equidad) definidos por Donabedian, lo que está relacionado con el tema de la satisfacción del usuario es el de la aceptabilidad, definida como "un compuesto por factores de la relación médico-paciente y sistema paciente-salud". Por lo tanto, la aceptabilidad que se refiere a "la conformidad entre los servicios y las aspiraciones y expectativas de los pacientes y sus familiares" incluye cuestiones de la infraestructura de los servicios, incluida la accesibilidad, la relación médico-paciente y las expectativas con respecto a a desarrollos y resultados de tratamiento (Donabedian, 2010).

Sin embargo, existen preguntas sobre las metodologías desarrolladas para la investigación de la satisfacción del usuario y la consistencia del uso de esta información para medir la calidad de los servicios. Denominan sesgo de gratitud, la influencia del sentimiento de gratitud del usuario del sector público sobre la posibilidad de ser atendido, que incluso sería más común en los países "periféricos". Por lo tanto, se argumenta que la evaluación del usuario estaría involucrada por una interacción compleja de elementos, incluido el temor a que los profesionales evaluados los "tomen represalias"; la diferente percepción de los derechos de ciudadanía y las obligaciones del estado; experiencias personales previas; y la confianza en sí misma en el sector público, los usuarios de las capas más populares estarían más satisfechos con los servicios (Barros , 2013).

Barros (2013) Argumenta que la dificultad de medir la satisfacción del usuario debido a la amplia gama de influencias sufridas, existe una contradicción en relación con los intereses de los

administradores y usuarios en un estudio de satisfacción de este último, ya que, mientras que el administrador de la unidad está interesado en evaluar lo que está mal, la tendencia de la evaluación del usuario es distinguir lo que es correcto, es decir, lo que lo satisfizo, y concluye que incluso con una fuerte tendencia a que las respuestas sean positivas, existen diferencias que pueden analizarse para la evaluación de los servicios.

Karpanez e Malik (2019), afirman que existen importantes inconsistencias teórico-conceptuales en el alcance de los estudios de satisfacción del usuario, además de cuestionar la validez analítica de los estudios que incluyen un número variado de eventos, médicos y no médicos, en la investigación de la satisfacción del usuario, Concluye, en su revisión más reciente sobre el tema, que la evaluación de la satisfacción del usuario debe valorarse como parte de los estudios sobre las relaciones interpersonales en los servicios de salud.

Al refutar las críticas a la evaluación de la satisfacción del usuario las ubica en dos esferas de concepción, aquellas de las cuales creen que los usuarios no pueden evaluar y el prejuicio de clase de los profesionales. En la primera esfera de la concepción, el autor afirma que a menudo existe el estereotipo de que el paciente y su acompañante no pueden evaluar lo que sucede en el servicio de salud porque valoran los llamados problemas cosméticos o se centran en los llamados "servicios", como si el servicio fuera oportuno y amable, hay silencio por la noche y la limpieza parece satisfactoria no era importante y, por lo tanto, no debe valorarse. En la segunda esfera está el prejuicio de clase de los profesionales con usuarios públicos. Ciertamente, inconscientemente, existe una mayor tendencia a valorar la opinión de la persona que paga algo específicamente por la actividad y, por lo tanto, se siente más con derecho a quejarse que el usuario del servicio público. Es casi como si no reconociera el derecho a la dignidad del contribuyente, pero no es reconocido como un financiero (Moimazi, 2010).

Al refutar las críticas a la evaluación de la satisfacción del usuario las ubica en dos esferas de concepción, aquellas de las cuales creen que los usuarios no pueden evaluar y el prejuicio de clase de los profesionales. En la primera esfera de la concepción, el autor afirma que a menudo existe el estereotipo de que el paciente y su acompañante no pueden evaluar lo que sucede en el servicio de salud porque valoran los llamados problemas cosméticos o se centran en los llamados "servicios", como si el servicio fuera oportuno y amable, hay silencio por la noche y la limpieza parece satisfactoria no era importante y, por lo tanto, no debe valorarse. En la segunda esfera está el prejuicio de clase de los profesionales con usuarios públicos. Ciertamente, inconscientemente, existe una mayor tendencia a valorar la opinión de la persona que paga algo específicamente por la actividad y, por lo tanto, se siente más con derecho a quejarse que el usuario del servicio público. Es casi como si no reconociera el derecho a la dignidad del contribuyente, pero no es reconocido como un financiero (Karpanez e Malik, 2019).

Bonato (2011), enfatizan la importancia de expandir los conceptos de satisfacción al de "capacidad de respuesta", propuesto por la OMS en 2010: La capacidad de respuesta se refiere a la forma en que el diseño del sistema de salud reconoce y logra responder a las expectativas universalmente legítimas de las personas en relación con los aspectos no médicos de la atención. Lo importante al introducir este concepto como herramienta en la evaluación de los sistemas de salud es que tiene la intención de definir principios de validez universal.

En el texto de la OMS (2010), que presenta la investigación sobre la capacidad de respuesta, utilizando informantes clave, cuestionarios domésticos y por correo, realizada en 60 países, la capacidad de respuesta se describe como compuesta de elementos que se refieren a las formas de interacción entre el sistema de salud y usuarios, incluido el tratamiento digno, el servicio rápido, la autonomía del paciente, la confidencialidad de la información, la posibilidad de elegir entre el proveedor del servicio, la comunicación en un lenguaje accesible, el apoyo

social durante el tratamiento y la comodidad durante el tratamiento. tratamiento, dentro de estándares aceptables. Sin embargo, considerando el cuestionario presentado en la encuesta de la OMS, parece que los componentes de la encuesta ya están cubiertos en la mayoría de las encuestas sobre satisfacción del usuario desarrolladas en Brasil, lo que sugiere una cierta equivalencia de conceptos, actualmente.

señalan que, en Brasil, las encuestas de satisfacción de los usuarios se hicieron más frecuentes a partir de la segunda mitad de la década de 1990, debido al proceso de re-democratización del país y la aparición de movimientos por la lucha por los derechos sociales. y, específicamente, el acceso a políticas de salud pública, que pueden configurar el surgimiento de formulaciones en esta área de investigación, ya incorporando las dimensiones que llevaron al concepto de capacidad de respuesta. Al evaluar la calidad de los servicios a través de la percepción de calidad por parte del usuario, un instrumento para medir esta percepción comúnmente utilizada es la escala de medición de actitud. Las llamadas "escalas sociales son instrumentos contruidos con el objetivo de medir la intensidad de las opiniones y actitudes de la manera más objetiva posible" (Uchimura, 2010).

Para Esperidião (2018), ha habido una gran proliferación de enfoques para medir los eventos de salud, lo que causa problemas en la generalización de los resultados entre los autores. Paradójicamente, el investigador, al revisar la literatura relevante, puede percibir que ninguna escala existente se ajusta a los conceptos que desea evaluar, siendo mejor desarrollar una nueva escala y, por lo tanto, "agregar confusión en la literatura".

La construcción de las escalas implica muchos problemas porque son instrumentos complejos, con la necesidad de que el investigador domine los conceptos involucrados tanto en el estudio como en la elaboración del instrumento mismo. Los primeros conceptos a dominar son los conceptos de actitud y opinión. Actitud significa disposición psicológica, adquirida y

organizada a partir de la experiencia misma, que inclina al individuo a reaccionar de manera específica en relación con ciertas personas, objetos o situaciones. La opinión, a su vez, se refiere a un juicio o creencia en relación con cierta persona, hecho u objeto . O podemos decir que las actitudes son predisposiciones para reaccionar negativa o positivamente sobre ciertos objetos, instituciones, conceptos u otras personas, mientras que las opiniones son reacciones más específicas (Vieira, 2018).

Según Esperidião y Silva (2016), el desarrollo de escalas para medir el grado de satisfacción es un factor importante a considerar al diseñar un instrumento. Las escalas están destinadas a medir la respuesta obtenida, asignando pesos y valores a cada elemento. La mayoría de las escalas se basan en el modelo Likert, que abordan la satisfacción indirectamente al aceptar o no las declaraciones sobre el servicio o el profesional en función de categorías que varían entre: “Estoy totalmente de acuerdo” y “Estoy completamente en desacuerdo”.

Las principales escalas de autoinforme para medir actitudes son: escala de Thurstone, escala diferencial semántica, escala de Stapel, escala de Likert, escala de Guttman y escala de Alpert. La escala de Thurstone es uno de los métodos más antiguos para medir la actitud, que se desarrolló a fines de la década de 1920. A pesar de las críticas y el desuso, esta escala a menudo se toma como una base metodológica para medir las actitudes. Para su medición, la lista de enunciados se distribuye uniformemente a lo largo de una escala de once puntos separados por intervalos equivalentes. La escala elaborada por Bergen es un ejemplo del uso de la escala Thurstone, su objetivo es medir las actitudes de los empleados hacia la empresa y a partir de los resultados de la escala para atribuir los valores: siento que soy parte de esta organización (Lucian & Dorneles, 2015).

En 1957, la Escala Diferencial Semántica fue creada por Ogood, Suci y Tannenbaun, cuyo objetivo es medir el significado que un objeto dado tiene para las personas el sujeto al usar esta

escala debe marcar uno de los siete segmentos de línea existentes entre los adjetivos bipolares, y esta marca indicará dos tendencias: una dirección para uno de los dos polos y una intensidad, siempre que la marca sea colocado más o más cerca del poste elegido:

Según Oliveira Junior (2016), la limitación presentada por la escala diferencial semántica está relacionada con su composición de adjetivos o frases bipolares, ya que a menudo es difícil componer antónimos perfectos y esto dependerá de la habilidad del investigador y del objeto en estudio. La Escala Stapel es una modificación de la escala diferencial semántica. Consiste en una escala de 10 puntos, cuyos valores oscilan entre +5 y -5, en los que es necesario evaluar con qué precisión el adjetivo o frase describe el objeto estudiado. La ventaja de esta escala es que no es necesario desarrollar adjetivos bipolares para una serie de ítems que se utilizan para medir actitudes.

La escala propuesta por Likert en 1932 es la más común en los estudios de satisfacción del usuario. Se basa en Thurstone, sin embargo, es de elaboración más simple y de carácter ordinal, por lo que no mide cuánto es la actitud más o menos favorable. Similar a Thurstone, la escala Likert se compone de una serie de declaraciones sobre el tema a investigar, con connotaciones positivas o negativas, para las cuales las personas afirman sus grados de acuerdo, de acuerdo con una escala bipolar de 5 puntos, con un punto medio para registrar la situación intermedia o nula, como "totalmente de acuerdo", "de acuerdo", "indiferente", "en desacuerdo" y "totalmente en desacuerdo" (Fonseca & Porto, 2013).

Según Lucian y Dornela (2015), esta escala se ha convertido en un paradigma de medición cualitativa y desde entonces se ha aplicado ampliamente, tanto en su forma original como en adaptaciones para diferentes objetos de estudio. También según estos autores, tiene una relación adecuada entre la precisión y la precisión de la medición, ya que evalúa que una escala

con un mayor número de puntos perderá progresivamente la precisión, en la medida en que el investigador necesite constituir un mayor número de categorías.

La escala de Guttman es similar a la escala de Likert, la diferencia entre ellas es que la técnica de Guttman es una escala acumulativa, lo que significa que las declaraciones seleccionadas incorporan la idea de la declaración anterior. La escala Alpert, por otro lado, presenta una lista de atributos relacionados con el objeto que se está evaluando, asociados con tres dimensiones diferentes: importancia del atributo, satisfacción con el atributo y diferencia en los atributos entre los objetos que se evalúan. A cada dimensión se le asigna una puntuación de 1 a 5. Para el autor, la ventaja de esta escala es la posibilidad de evaluar el atributo de acuerdo con tres dimensiones, lo que permite un análisis más completo. Sin embargo, si no se aclara adecuadamente, puede causar confusión al entrevistador y al entrevistado (Fonseca & Porto , 2013).

La escala Likert se usa ampliamente en investigaciones de mercado, en el grado de satisfacción del consumidor o en el conocimiento de un producto en particular. También se usa ampliamente en el campo de la psicología, en varias encuestas psicométricas, para medir la actitud de individuos y grupos en relación con diferentes sujetos. Entre los estudios clásicos que utilizan la escala Likert se encuentran los realizados por Penchansky y Thomas (1991), quienes realizaron un estudio de satisfacción del usuario utilizando datos de una encuesta realizada en Rochester, Nueva York, en 1974. La investigación consistió en la aplicación de cuestionarios a los trabajadores y sus esposas de la Compañía General Motors. Los cuestionarios contenían 16 preguntas, utilizando la puntuación de la escala Likert. Los resultados presentados señalan, para los autores, que la población identifica las diferencias entre las dimensiones de acceso. Además, encontraron que la "escala de factores" y el análisis estadístico acumulado son sensibles para medir los aspectos identificados del fenómeno.

En relación con el área de la salud, la escala Likert también se ha utilizado ampliamente, principalmente para la encuesta de satisfacción de usuarios y trabajadores en relación con los servicios de salud y las condiciones de trabajo. Entre ellos se encuentra la investigación cualitativa realizada por Maciel-Lima (2004), compuesta por entrevistas semiestructuradas y utilizando la escala Likert, dirigida a profesionales de la salud de 88 unidades de salud en Curitiba, sobre la percepción de estos trabajadores en relación con la informatización y expandir la recopilación de datos generados en el servicio y la calidad de la relación trabajador-usuario. El instrumento fue evaluado como sensible al tema y demostró que los profesionales relacionan la caída en la calidad del servicio y la reducción de los lazos personales con el proceso de informatización (Shill & Nig, 2012).

Fernández y Linares (2013) llevaron a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, con un universo de 64 pacientes utilizando el Hospital Nacional Arcebispo Loayza, utilizando un cuestionario de escala de Likert de 31 ítems. Las respuestas tenían como alternativas: "Muy satisfecho, satisfecho, más o menos satisfecho, poco satisfecho e insatisfecho". El análisis se realizó en función de la frecuencia de las respuestas, sin que se realicen otros análisis estadísticos.

Por lo tanto, a partir de esta revisión, se hizo evidente que la escala Likert sería la base metodológica para el desarrollo de la herramienta para evaluar la satisfacción del usuario con la calidad de la atención de emergencia.

2. Metodología Para Evaluar La Satisfacción Del Usuario.

La satisfacción de los usuarios asistidos en emergencias, a pesar de tener su propio contenido para evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios, es una de las evaluaciones realizadas en este estudio de caso múltiple que se agregará a las otras evaluaciones para obtener una evaluación más completa.

Esta evaluación de la satisfacción del usuario con la calidad proporcionada por el hospital y por los médicos y enfermeras, no tenía la perspectiva del criterio técnico en relación con la capacidad diagnóstica, terapéutica y curativa del paciente. El objetivo de la investigación fue evaluar la satisfacción del usuario visto en las unidades de emergencia, identificando los principales factores de satisfacción relacionados con la atención de los profesionales, las condiciones ofrecidas para garantizar los derechos de los usuarios y la recepción por parte de los servicios y trabajadores.

3.Elaboración Del Instrumento De Evaluación De Satisfacción Del Usuario

Para preparar el instrumento, el cuestionario se dividió en dos bloques: el primero con la caracterización del usuario y su llegada al hospital y el segundo con la evaluación de la satisfacción del usuario. Para caracterizar a los usuarios, buscamos investigar algunas de sus variables individuales que pudieran correlacionarse con su evaluación de la calidad de la atención o que caracterizaran la demanda de la unidad:

- Genero;
- Idade;
- Estado civil;
- Ciudad donde vives;
- Grado de escolaridade;
- Ocupación principale;
- Raza, color y religión.

Al caracterizar la llegada del usuario a la unidad de salud, se investigó:

- Cómo llegaste a la unidad de salud?
- Existencia de un compañero;

- Existencia de derivación formal a la unidad de salud;
- La queja o problema de salud que causó que el paciente fuera a la unidad.

La medición de la percepción del usuario sobre la calidad del servicio se subdividió en la recepción / recepción, atención de emergencia, emergencias y evaluaciones generales de la unidad. Los que estaban en la sala de estabilización no fueron entrevistados porque se encontraban en un momento crítico bajo su cuidado. A pesar de esto, la muestra no se vio comprometida porque la mayoría de los pacientes que están allí, después de ser estabilizados, van a las camas de la sala de emergencias amarilla y, en consecuencia, fueron entrevistados.

De las preguntas orientadoras para la elaboración de los instrumentos contenidos en la Matriz de Elaboración de Instrumentos, presentada en el capítulo anterior, las preguntas que se elaborarán en el cuestionario de evaluación de satisfacción del usuario se eliminaron de acuerdo con las dimensiones a evaluar y dónde deberían evaluarse. . Esto permitiría, después de la elaboración del cuestionario, la construcción de la base de datos y los diversos análisis a desarrollar. Así, se elaboró la tabla descriptiva de las preguntas a evaluar:

Después de elaborar el contenido de la evaluación de satisfacción de los usuarios que se utilizará en esta investigación, el siguiente paso a seguir fue la elaboración del formato del instrumento de investigación. Las preguntas guía elaboradas tal como están solo les permitirían ser utilizadas en un instrumento de preguntas abiertas una obtener respuestas dicotómicas (sí o no) cuando se hacen a través de preguntas cerradas.

Como la investigación decidió investigar una muestra representativa de una unidad de atención de emergencia para usuarios de emergencias, era necesario preparar un cuestionario con respuestas objetivas, pero con la capacidad de comprender una gradación de respuestas que permitiera expresar el grado de satisfacción del usuario.

A partir de la investigación bibliográfica, se observó que la escala Likert se usa más en los estudios de satisfacción del usuario, donde los entrevistados demuestran su grado de acuerdo con las declaraciones formuladas a través de respuestas del tipo totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, indiferente, parcialmente en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con las declaraciones. Permitir una gradación de la evaluación del usuario que va más allá de respuestas simples como sí o no (Oliveira, 2016).

En este sentido, la primera opción era transformar las preguntas guía de la matriz en afirmaciones para la elaboración del cuestionario en el formato de escala Likert, por lo tanto, preguntas como: Al llegar al hospital, fue tratado de manera amable y respetuosa? En la recepción, estaban los profesionales de la salud disponibles para brindar orientación y referencias cuando se lo solicitaran? fueron reelaborados en forma de declaraciones correspondientes: en la recepción de la unidad de atención de emergencia, me trataron con amabilidad y respeto. Los profesionales de la salud estaban disponibles para proporcionar orientación y referencias siempre que lo solicitara, para que los usuarios pudieran expresar su grado de acuerdo(Oliveira, 2016).

Además de que los instrumentos de investigación están bien diseñados, nunca son perfectos y nunca precinden de una verificación empírica a través de una prueba previa para saber cómo se comportan los instrumentos de recopilación de datos en una situación real y son respondidos por el público objetivo . De esta forma, es posible evaluar la confiabilidad, validez y operabilidad de los cuestionarios elaborados y, con este cuidado, podemos hacer las correcciones necesarias en los instrumentos (Uchimura & Bosi, 2012).

Por lo tanto, en el proceso de preparación del instrumento para evaluar la satisfacción del usuario, se aplicaron las diversas versiones, como prueba previa, con usuarios de una unidad de salud que participou en esta investigación, para evaluar la claridad del texto y la oportunidad de los problemas planteados. Los cuestionarios se aplicaron con el consentimiento de los usuários

(Apendice D), explicando que el cuestionario se estaba probando y que las respuestas no se incluirían en la base de datos de investigación. Este paso fue importante porque ayudó a medir más claramente lo que debería aparecer en el cuestionario del usuario, el formato apropiado para la evaluación dentro de un servicio de emergencia y el tiempo que tomaría recopilar cada cuestionario y la adhesión de los usuarios.

En la prueba previa de esta primera versión en el formato de la escala Likert, se aplicaron cuatro cuestionarios. Al aplicar esta escala, se observaron algunas dificultades:

a) Como los usuarios entrevistados tenían diferentes niveles de educación, el entrevistador leía las preguntas y el entrevistador las formulaba en forma de afirmaciones tales como: "En la recepción de la unidad a la que fui atendido", pedirle que expresara su grado de acuerdo fue difícil de entender para los usuarios.

b) Hubo una gran dificultad para que los usuarios se identificaran con una de las respuestas, lo que llevó a la necesidad de leer las respuestas más de una vez. Estas dificultades encontradas llevaron a una pequeña comprensión de las preguntas a evaluar, la dificultad de comprender las posibilidades de respuesta y un largo tiempo para la aplicación del instrumento, lo que condujo a una baja adherencia de los usuarios a la evaluación.

El segundo intento de desarrollar el instrumento para evaluar la satisfacción del usuario se basó en las preguntas a evaluar, pidiéndole al usuario que tome una posición sobre estos temas. Por lo tanto, todas las declaraciones fueron precedidas. El segundo paso fue definir los puntajes de evaluación. Se hicieron dos versiones de puntajes para las respuestas. Una versión en la que se utilizó un puntaje de cero (0) a diez (10), que se formula de la siguiente manera: Con respecto a la disponibilidad de profesionales para proporcionar la orientación que necesitaban. Qué nota le das: de cero (0) a diez (10). Otro en el que se le pidió al usuario que diera una puntuación de cero

a diez: con respecto a la disponibilidad de profesionales para proporcionar la orientación que necesitaban. Dé una calificación de cero (0) a diez (10).

En la aplicación de la prueba previa, se evidenciaron algunas dificultades:

a) En la aplicación de la versión en la que se le pidió que otorgara una puntuación de cero a diez, hubo una gran familiaridad de los usuarios con la posibilidad de otorgar calificaciones a lo que querían evaluar. A pesar de esto, casi todos tendían a dar calificaciones extremas, de cero a diez.

Finalmente, se aplicaron cuestionarios en los que se les pidió que calificaran, asegurando que el usuario estaba viendo las preguntas y calificaciones con una escala de cero a diez, para que pudiera ver todas las posibilidades, reduciendo el riesgo de respuestas dicotómicas, cero o diez.

El cuestionario se ve:

1. En cuanto a la amabilidad del personal en la recepción. Puntuación de 0 a 10

En esta última versión hubo una buena receptividad, comprensión, adhesión de los usuarios y una mayor multiplicidad de respuestas, además de reducir el "cansancio" durante la entrevista. Por lo tanto, al adoptar estas notas, el concepto que se dará a partir de las notas quedará a discreción del investigador de acuerdo con el marco teórico.

En todo el proceso de realización de las pruebas preliminares, las preguntas se refinaron para que los usuarios las entendieran claramente. Además, se agregó una columna de observación (OBS) para que los entrevistadores pudieran poner la opción de "No aplicable" a la pregunta (NSA) o "No respondió" (NR).

Para elaborar la identificación del usuario, se colocaron preguntas cerradas sobre las variables independientes (sexo, estado civil, educación, ocupación, raza / color) que cubrían el universo de posibilidades. En religión, además de las alternativas, se estableció una opción abierta para cubrir otras posibilidades, basada en la metodología utilizada por IBGE para

cuestiones demográficas (IBGE, 2013). Las preguntas relacionadas con la edad y la ciudad donde vive estaban abiertas para ser respondidas por el entrevistador de acuerdo con las respuestas dadas.

Al caracterizar la llegada del usuario a la unidad de emergencia, se planteó la pregunta sobre cómo llegó a la unidad. Por la reclamación que vengo a emergencias, se abrió la alternativa. Sobre la presencia de un acompañante y la existencia de una derivación de otra unidad de salud, primero preguntamos sobre la existencia y luego ofrecemos alternativas cerradas a quienes acompañaron o derivaron (APÉNDICES A y B).

4. Colecta De Datos

Como se vio en el capítulo de Metodología general, 204 usuarios serán entrevistados en la unidad de emergencia, con 15 usuarios seleccionados por cada médico entrevistado. Estos usuarios fueron entrevistados durante el turno, divididos en turnos:

Durante el día: mañana (de 7:00 a.m. a 11:00 a.m.) y tarde (de 1:00 p.m. a 5:00 p.m.).

Noche - noche (de 7:00 p.m. a 11:00 p.m.) y amanecer (de 0:00 a.m. a 6:00 a.m.).

En la aplicación de los cuestionarios, las preguntas se hicieron oralmente y el entrevistador completó las respuestas, poniendo las opciones de respuesta a la vista del usuario, debido a la necesidad de completarlas en el momento del enfoque, y para asegurarse de que las respuestas se correspondan fielmente a lo que El usuario quiere responder.

El acompañante puede contribuir a la respuesta del paciente como usuario de la unidad, o incluso ser responsable de las respuestas, firmando el Formulario de consentimiento informado - (APÉNDICE D) en los casos en que sea imposible que el paciente responda debido a la gravedad del caso o incapacidad para hablar. En los casos en que el usuario bajo cuidado sea un paciente pediátrico, el acompañante será necesariamente responsable de las respuestas.

5. Plan De Análisis Del Cuestionario Del Usuario

Para la organización, procesamiento y análisis de los datos obtenidos de los cuestionarios de los usuarios, fueron agrupados por unidades de salud y, dentro de este grupo, fueron subdivididos por las entrevistas realizadas en la sala de emergencias y emergencias. Después de codificar y escribir, los datos se analizaron para:

- Evaluación de las características personales de los usuarios: sexo, edad, educación, ocupación y origen;

- Caracterización de la llegada del usuario a la unidad de emergencia;

- Evaluación de la satisfacción del usuario;

- Correlacionar la satisfacción de los usuarios con sus características personales;

- Evaluar la satisfacción del usuario con:

Atención de emergencia;

Dimensiones analíticas de calidad;

Dimensiones de la estructura y evaluación del proceso.

Como se vio en el capítulo de Metodología, se definieron las dimensiones de calidad: confidencialidad de la información, privacidad en la atención, derecho a la información, dignidad y cortesía, tiempos de espera y la percepción de la calidad de la atención clínica y como dimensiones de la evaluación: las condiciones ofrecido al usuario y la calidad del trabajo de los profesionales. Como las características individuales de los usuarios deben referirse a quién respondió el cuestionario y cómo 12 de los 200 cuestionarios fueron respondidos por compañeros, pero tenían la caracterización de pacientes menores de 13 años, fueron excluidos de la caracterización de los usuarios y su asociación con los resultados.

La pregunta sobre la evaluación del alumbrado de emergencia se excluyó de todas las evaluaciones, ya que se consideró que no había una comprensión satisfactoria del usuario en

relación con la pregunta. Después de recopilar los 204 cuestionarios de los usuarios que asistieron a la unidad de emergencia, los datos se organizaron en un solo banco, en formato Excel. Luego, la base de datos se exportó al programa SPSS 11, donde se hicieron los promedios de cada pregunta contenida en el cuestionario, así como el análisis de frecuencia de las notas por usuario de acuerdo con las dimensiones cualitativas y evaluativas utilizadas en esta investigación. Para evaluar cada una de las preguntas contenidas en el cuestionario, se hizo el promedio por individuo obtenido al sumar la pregunta dividida por el número de usuarios:

Para evaluar las dimensiones de cada usuario, se agregaron los puntajes dados a las preguntas contenidas en la dimensión, dividiendo por el número de preguntas en la dimensión, obteniendo un puntaje promedio, que se transforma en un concepto:

Las tablas se construyen con la frecuencia y el porcentaje de usuarios que dieron un valor promedio para cada dimensión evaluada, transformada en malos conceptos, con una puntuación de cero a diez.

Para verificar la existencia de diferencias significativas en las notas con respecto a las características sociales de los usuarios, se propuso la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (SIEGEL, 1975) para las pruebas que involucran a tres o más grupos independientes y se basa en el uso de publicaciones. La prueba consiste en ordenar los datos y asignar una publicación a cada observación. Luego se agregan los puestos de observación en cada grupo.

La estadística de prueba de Kruskal-Wallis viene dada por: Donde: k es el número de grupos; n_i es el número de observaciones en cada grupo; $N = \sum_{i=1}^k n_i$ es el tamaño total de la muestra; $(\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^{n_i} X_{ij}^2)$ es la suma de las publicaciones de cada grupo. La estadística H tiene una distribución de chi-cuadrado con $(k-1)$ grados de libertad. Cuando la prueba de Kruskal-Wallis indicó la existencia de diferencias significativas, se usó la prueba de Mann-Whitney (SIEGEL, 1975) para comparar los grupos de dos en dos. La prueba sigue la misma idea de

asignar publicaciones. El rango se asignan donde el valor más bajo recibe 1 y el más alto recibe N. El estadístico de prueba de Mann-Whitney viene dado por $U = \frac{n_1(n_1+1)}{2} + \sum_{i=1}^{n_1} R_i$ Donde: n_1 es el número de observaciones en el grupo control (o grupo 1); $\sum_{i=1}^{n_1} R_i$ es la suma de las publicaciones en el grupo de control; R_i son las publicaciones en el grupo de control. El nivel de significancia adoptado para ambas pruebas es del 5%.

Para definir cuál sería la satisfacción de los usuarios, se tuvo en cuenta que los entrevistados eran usuarios que estaban en la sala de emergencias, que estaban en el proceso de realizar atención médica y de enfermería y que tienen un "sentimiento de gratitud" que puede influir en la percepción servicios públicos, lo que dificulta una visión más crítico. Por lo tanto, los criterios de aprobación deben ser estrictos y estar basados en literatura específica. En la revisión bibliográfica, a pesar de la diversidad de métodos e instrumentos, la satisfacción se establece generalmente cuando el usuario la evalúa como buena o muy buena y alta o muy alta satisfacción, cuando obtiene siete o más. El promedio general de las calificaciones obtenidas en este estudio fue de 7.0. Por lo tanto, para arbitrar cuál sería la satisfacción del usuario con la atención de emergencia, se definió que serían evaluaciones con puntajes iguales o superiores a siete. Las calificaciones se agregaron en medias aritméticas para cada categoría evaluada y se organizaron de acuerdo con la frecuencia de satisfacción del usuario.

6.Resultados De Satisfacción Del Usuario

6.1 Caracterización De Usuarios Atendidos En Urgencias

Para caracterizar los grupos de edad de los entrevistados, se basó en los rangos adoptados por el Ministerio de Salud (BRASIL, 2006) y que tienen como referencia la pirámide de edad de la población. El estudio del Ministerio de Salud muestra tres grupos de edad principales: jóvenes (hasta 19 años), adultos (de 20 a 59 años) y ancianos (60 años o más). En nuestro estudio,

adoptamos estos rangos con algunas diferencias: jóvenes de 13 años (el más joven entrevistado) a 19 años, adultos que se subdividieron en adultos jóvenes (20 a 39 años) y adultos mayores (40 a 59 años), además de los ancianos (60 años o más). Entre los usuarios entrevistados, hay un predominio de adultos mayores (20-39 años).

Tabla 1 - Distribución de usuarios por grupo de edad de los encuestados, 2020.

rango de edad	Unidad del emergencia	
	Numero	Porcentaje %
1 a 19	20	9,8
20 a 39	55	26,0
40 a 59	85	41,7
60 años mas	44	21,6
Total	201	100%

Fonte: Unidad de Pronta Atención (UPA- Brasil, 2020)

Nota: Além dos 2 dados personas de menores de 13 años excluído, mais 1 usuario no respondeu à pergunta.

En la Tabla 2, se puede ver que la distribución según el genero presentó una mayoría significativa de mujeres (66,2%) entrevistadas.

Tabla 2 - Distribución de usuarios por sexo de los encuestados, 2020.

Genero	Unidad del emergencia	
	Numero	Porcentaje%
Mujer	135	66,2
Hombre	69	33,8
Total	204	100%

Fonte: Unidad de Pronta Atención (UPA Brasil, 2020).

La mayoría de los usuarios (Tabla 3) se identifican con la raza / color marrón / marrón (64.7%) y luego con la raza / color blanco (25.4%).

Tabla 3 - Distribución de usuarios entrevistados según identificación de usuario con raza / color, 2020.

Raza/Color	Unidad del emergencia	
	Numero	Porcentaje%
Blanco	52	25,4
marrón \oscuro	132	64,7
Amarrillo	12	5,8
Otros	8	3,92
Total	204	100%

Fonte: Unidad de Pronta Atención (UPA-Brasil, 2020).

Con respecto a la opción religiosa (Tabla 4), la mayoría de los usuarios son católicos (51%), seguidos por evangélicos (32.8%) y aquellos que no siguen ninguna religión (11.2%).

Tabla 4 - Distribución de usuarios entrevistados según opción religiosa, 2020.

Religion	Unidad del emergencia	
	Numero	Porcentaje%
Catolico	104	51
Protestante\Evangélica	67	32,8
Nadie	23	11,2
Espiritu	3	1,5
Otros	7	3,5
Total	204	100%

Fonte: Unidade de Pronta Atención (UPA -Brasil, 2020)

Con respecto al estado civil (Tabla 5), el número de personas casadas y solteras fue muy similar, sin embargo, el número de usuarios con una unión estable (suma de los casados con

aquellos con una unión consensual) fue la mayoría (37.3%). El estudio muestra de personas casadas frecuenta la unidad de salud más.

Tabla 5 - Distribución de usuarios según el estado civil de los encuestados, 2020.

Estado Civil	Unidad del emergencia	
	Número	Porcentaje(%)
Soltero	57	28
Casado	72	35,3
Unión consensual	43	21
Viuda	11	5,3
Divorciada	21	13
Total	204	100%

Fonte: Unidade de Pronto Atención (UPA- Brasil, 2020).

La distribución por lugar de residencia (Gráfico 1) muestra que aproximadamente el 86% de los usuarios residen en la ciudad de Iporá, a pesar de que la unidad tiene una puerta abierta a 16 municipios vecinos, la intensidad de los servicios y el municipio. La unidad de salud ofrece servicios de emergencia con una estructura física adecuada para la atención de primera complejidad media a estos municipios vecinos y por esta razón la demanda se hace mayor. Se da cuenta de que el número de usuarios que van a sus está aumentando y que las personas no tienen otra opción en aquellas regiones del interior donde no hay servicios en unidades privadas, algunos municipios no tienen servicios privados con todo el cuidado y para SUS y con eso el el paciente no tiene otra opción y el único servicio provisto y por SUS.

La salud pública abre este camino de acuerdos entre municipios para que exista esta contraparte en el servicio. El principio de descentralización que guía al SUS se produce, especialmente, por la transferencia de responsabilidades y recursos al ámbito municipal, estimulando nuevas competencias y capacidades político-institucionales de los gestores medios

Tabla 6 - Distribución de usuarios según la educación de los encuestados, 2020.

Escolaridad	Unidad del emergencia	
	Número	Porcentaje (%)
Sen Escolaridad	3	1,2
Alfabetizado	16	7,6
Enseñanza Fundamental	80	39,1
Enseñanza Médio	64	31,1
Enseñanza Superior	47	21
Total	204	100%

Fonte: Unidade de Pronto Atención (UPA-Brasil,2020).

Encuanto al tipo de ocupación (tabla 7), los usuarios se agruparon en cuatro grupos: ama de casa, estudiante, profesionales con un trabajo (empleado estatutario y contratado, empleador y jubilados) y profesionales sin trabajo (desempleados, empleados sin trabajo y aquellos que autónomos). Hay un mayor predominio de estudiantes (18,1%) y usuarios sin empleo, autónomos (18,3%).

Tabla 7 - Distribución de usuarios entrevistados por tipo de ocupación, 2020.

Ocupación	Unidad del emergencia	
	Número	Porcentaje(%)
Estudiante	37	18,1
Desempleados	18	8,8
Militar	6	2,9
Dueña de casa	47	23
Autónomos	37	18,3
Celetista	28	13,7
Empleado estatal	13	6,4
Retirado	18	8,8
Total	204	100%

Fonte: Unidade de Pronto Atención (UPA- Brasil, 2020).

Con respecto al medio de transporte utilizado para llegar a la Unidad de Atención de Emergencia (UPA) las 24 horas (Tabla 8), se observa que el 26.5% de los usuarios llegan por medios de transporte que no son consistentes con una situación de emergencia, y solo El 13.7% de los usuarios informan haber llegado a la unidad de salud en una ambulancia general o en SAMU \ Bomberos.

Tabla 8 – Distribución de usuarios por medio de transporte utilizado para llegar al hospital, 2020.

Meio de Transporte	Unidad del emergencia	
	Número	Porcentaje(%)
Ambulancia / Samu / Bombero	28	13,7
Taxi	35	17,2
Moto	15	7,3
Auto propio	69	26,5
Caminar (a pie)	30	11,8
Ninguno	27	13,3
Total	204	100%

Fonte: Unidade de Pronto Atención (UPA- Brasil,2020).

Con respecto al informe de referencias de otro servicio de salud (Tabla 9), la mayoría de los usuarios (82.9%) informaron que ningún otro servicio les había remitido.

Tabla 9 - Distribución de usuarios según informes de referencia, 2020.

Remisión de otras unidades de salud	Unidad del emergencia	
	Número	Porcentaje(%)
Sin	35	17,1
No	169	82,9
Total	204	100%

Fonte: Unidade de Pronto Atención (UPA- Brasil, 2020)

Al comparar las referencias con los medios de transporte para ir al hospital, es evidente la similitud entre las referencias (%) y la llegada al hospital en ambulancia (%). Cuando estas

referencias se detallan de acuerdo con su origen (Tabla 10), está claro que del 11.3% referido de alguna otra unidad de salud, sin embargo, el 88.7% viene sin referencia a la unidad y, por lo tanto, trae hacinamiento en la unidad. Se da cuenta de que la mayoría de las consultas no se mencionan porque esto causa una desorganización en el sistema, sobrecargando la recepción y generando el mayor tiempo de espera.

Tabla 10 - Distribución de usuarios por ubicación de referencia, 2020.

Tipo de Unidad de Salud Referido	Unidad del emergencia	
	Número	Porcentaje(%)
Hospital	7	3,4
ESF	11	5,5
SAMU	4	2
Ambulatório	1	0,4
Sem encaminhamento	181	88,7
Total	204	100%

Fonte: Unidade de Pronto Atendimento (UPA- Brasil,2020).

Con respecto a la presencia de un acompañante en la atención de emergencia (Tabla 11), la gran mayoría de los encuestados informó la presencia de un acompañante (89,2%), se advierte que la gran mayoría de los usuarios no van solos para recibir atención médica.

Tabla 11 - Distribución de usuarios entrevistados según la presencia de un compañero, 2020.

Compañera	Unidad del emergencia	
	Número	Porcentaje(%)
Sim	182	89,2
Não	22	10,8
Total	204	100%

Fonte: Unidade de Pronto Atendimento (UPA-Brasil,2020).

En cuanto a las razones de los usuarios para buscar emergencias más frecuentemente demostrado (Tabla 12), existe una preponderancia de causas externas (19.3%). La segunda causa de demanda son las afecciones respiratorias con (15,7%), la tercera causa son las afecciones cardíacas e hipertensivas con (12,3%), cuarta causa el dolor muscular y común, quinta enfermedad viral. Causas externas y la causa principal buscada en esta unidad, donde ingresa principalmente el trauma físico.

Tabla 12 - Grupos de complicación de usuarios que motivaron la búsqueda de emergencias 2020.

Quejas del usuario	Unidad del emergencia	
	Número	Porcentaje (%)
Causas externas	39	19,3
Digestivo	16	7,8
Neurológico	11	5,7
Cardiológico / Hipertensivo	25	12,3
Respiratorio	32	15,7
Dolor muscular y articular	22	10,7
Virus	20	9,7
Síntomas inespecíficos	14	6,7
Intoxicación exógena	7	3,5
Ninguna de las alternativas	18	8,6
Total	204	100%

Fonte: Unidade de Pronto Atención (UPA- Brasil, 2020)

7. Evaluación De La Satisfacción De Los Usuarios Con La Atención

Evaluar el nivel de satisfacción del usuario con la atención brindada en la unidad de emergencia. La primera evaluación realizada fue la evaluación por tipo de asistencia realizada: emergencias (atención de baja y media complejidad, aunque la mayoría de ellas se reevalúan y se refieren a alta complejidad). La evaluación de la satisfacción de los usuarios con la asistencia a la unidad de atención de emergencias (96,1%).

Tabla 13 - Evaluación de la satisfacción del usuario con la atención de emergencia, 2020.

Evaluación de servicio	Unidad del emergencia	
	Número	Porcentaje(%)
insatisfecho	8	3,9
satisfecho	196	96,1
Total	204	100%

Fonte: Unidade de Prota Atención (UPA Brasil, 2020)

Cuando esta evaluación se desglosó en la evaluación por sectores de atención de urgencia y emergencia (Tabla 14), está claro que la recepción es el entorno con la peor evaluación de la unidad.

Tabla 14 - Evaluación de la satisfacción del usuario con los sectores de servicios de la Unidad 2020.

Sectores de servicio	Unidad del emergencia				
	Insatisfecho		Satisfecho		Total
	N	%	N	%	
Recepción	40	19,60	164	80,04	204
Clasificación	18	8,83	186	91,17	204
Oficina	31	12,75	173	87,25	204
Habitación \	35	17,15	169	82,85	204
Medicación	13	6,37	191	93,63	204
Habitación \ Amarillo					

Fonte: Unidade de Pronta Atención (UPA- Brasil,2020).

La evaluación de las dimensiones de la evaluación: estructura (condiciones ofrecidas a los usuarios) y proceso (trabajo de los profesionales) se llevaron a cabo de acuerdo con las preguntas de cada dimensión como se vio anteriormente (Gráfico 1).

La evaluación de los usuarios muestra que la satisfacción con el trabajo de los profesionales es mucho mayor que la satisfacción con las condiciones ofrecidas al usuario (Tabla 15 y Gráfico 2).

Tabla 15 - Evaluación de las condiciones de los sectores ofrecidos al usuario y el trabajo de médicos y enfermeras en Emergencia 2020.

Condiciones ofrecidas Trabajo de profesionales	Unidad del emergencia				
	Insatisfecho		Satisfecho		Total
	N	%	N	%	
Medicos	11	5,39	193	94,61	204
Enfermeras	05	2,45	199	97,55	204

Fonte: Unidade de Pronto Atención (UPA-Brasil, 2020)

Al analizar la asociación entre las condiciones ofrecidas por la unidad y el trabajo de los profesionales con el grupo de edad de los usuarios (Tabla 16), se observa que los usuarios del grupo de edad de 40 a 59 años tienen una mayor insatisfacción en relación con las condiciones ofrecidas y en relación con la evaluación del trabajo de los profesionales. El grupo de más de 60 años ya muestra un mayor nivel de satisfacción con condiciones ofrecidas y servicio recibido por profesionlaes.

Tabla 16 - Evaluación de las condiciones de las instalaciones ofrecidas al usuario y el trabajo de los médicos y enfermeras según el grupo de edad de los usuarios en la Emergencia, 2020.

Dimensiones	Franja Etaria	Insatisfecho		Satisfecho		Total	Nota Média	Hipótesis
		N / %		N / %				
Condiciones Oferecidas	13 a 19 ^a	7	25,9	20	74,1	27	13,5	a xb** axc**
	20 a 39 ^b	8	15,1	45	84,9	53	26,5	axd** bxc**
	40 a 59 ^c	11	11,4	85	88,6	96	48	bx d** cx d**
	60 ^d e +	2	7,1	26	92,9	28	14	
	Geral	28	13,7	176	86,3	204	-----	axbxcxd*
Trabajo del Profissionalis	13 a 19 ^a	5	18,5	22	81,5	27	13,5	axb** axc**
	20 a 39 ^b	7	13,2	46	86,8	53	26,5	axd** bxc**
	40 a 59 ^c	7	7,3	89	92,7	96	48	bx d** cx d**
	60 ^d +	2	7,1	26	92,9	28	14	
	Geral	21	46,1	183	353,9	204	-----	axbxcxd*

Fonte: Unidade de Pronto Atención (UPA- Brasil, 2020)

* Teste de Kruskal-Wallis. ** Teste de Mann-Whitney.

Al correlacionar las condiciones que ofrece la unidad de atención de emergencias - UPA 24 horas y el trabajo de los profesionales con la educación de los usuarios (Tabla 17), se observa que cuanto mayor es la educación, menor es la satisfacción esto trae el nivel de conocimiento. Diferencias que son aún mayores en la evaluación de las condiciones ofrecidas, aunque sin significación estadística

Tabla 17 - Evaluación de la satisfacción del usuario con las condiciones ofrecidas al usuario y el trabajo de los médicos y enfermeras de acuerdo con la educación de los usuarios para atender emergencias, 2020.

Dimensiones	Escolaridade	Insatisfecho		Satisfecho		Total	Nota Media
		N	%	N	%		
Condiciones Ofecidas	Sin educación	0	0	3	100	3	0,5
	Alfabetizado	2	6,4	29	93,6	31	5,1
	Enseñanza fundamental	6	13,9	37	86,1	43	7,1
	Escuela secundaria	11	11,9	81	88,1	92	15,3
	Enseñanza superior	14	40	21	60	35	5,8
	Geral	33	16,1	171	83,9	204	
Trabajo de los profissionales	Sin educación	0	0	3	100	3	0,5
	Alfabetizado	1	3,2	30	96,8	31	5,1
	Enseñanza fundamental	3	6,9	40	93,1	43	7,1
	Escuela secundaria	5	5,4	87	94,6	92	15,3
	Enseñanza superior	11	31,4	24	68,6	35	5,8
	Geral	20	9,8	184	90,2	204	

Fonte: Unidade de Pronto Atención(UPA- Brasil, 2020)

* Teste de Kruskal-Wallis.

La valuación de las condiciones ofrecidas y el trabajo de los profesionales según el tipo de ocupación del usuario (tabla 18) muestra que a pesar de la mayor insatisfacción entre los desempleados, estos resultados no fueron estadísticamente significativos. Os Estudiantes demonstro una mayor satisfacción con la atención brindada por los profesionales. Quedó claro que la satisfacción de los usuarios demostrada en el servicio por parte de los profesionales. Un buen servicio, basado en la escucha del usuario, y un buen desempeño profesional proporcionan el vínculo entre el binomio usuario-servicio de salud. Este vínculo optimiza el proceso de atención, permitiendo que los profesionales conozcan a sus pacientes y las prioridades de los demás, facilitando su acceso. Se evidenció, en los discursos de los sujetos de esta investigación,

una preocupación por la humanización del cuidado, así como por una forma de organización que tenga en cuenta la escucha de sus necesidades como usuario.

Tabla 18 - Evaluación de la satisfacción del usuario con las condiciones ofrecidas al usuario por la unidad y el trabajo de los profesionales según la ocupación de los usuarios, 2020.

Dimensiones	Ocupación	Insatisfecho		Satisfecho		Total	Nota Medida
		N	%	N	%		
Condiciones Ofrecidas	Estudiante	6	9,2	59	97,8	65	32,5
	Desempleados	4	20	16	80	20	10
	Militar	0	0	5	100	5	2,5
	Desde casa	1	6,0	14	93,4	15	7,5
	Autónomos	3	5,4	52	94,6	55	27,5
	Celetista	4	15,4	22	84,6	26	13
	Empleado estatal	4	22,2	14	77,8	18	9
	Geral	22	10,7	182	89,3	204	
Trabajo de los Profissionais	Estudiante	4	6,1	61	93,9	65	32,5
	Desempleados	3	15	17	85	20	10
	Militar	0	0	5	100	5	2,5
	Desde casa	2	13,3	13	86,7	15	7,5
	Autónomo	5	9,0	50	91	55	27,5
	Celetista	2	7,6	24	92,4	26	13
	Empleado Estatal	1	5,5	17	94,5	18	9
	Geral	17	8,3	187	91,7	204	

Fonte: Unidade de Pronto Atención (UPA- Brasil, 2020)

* Teste de Kruskal-Wallis.

Los resultados de la evaluación de las condiciones ofrecidas y el trabajo de los profesionales en relación con el sexo de los usuarios (tabla 19) muestran que las usuarias están más insatisfechas con las dimensiones de la evaluación, pero sin significación estadística.

Tabla 19 - Evaluación de la satisfacción del usuario con las condiciones ofrecidas al usuario por el hospital y el trabajo de los profesionales según el genero de los usuarios emergencias, 2020.

Dimenciones	Género	Insatisfecho		Satisfecho		Total
		N	%	N	%	
Condiciones Ofrecidas	Masculino	3	4,4	64	95,6	67
	Feminino	7	5,1	130	94,9	137
	Geral	10	4,9	194	95,1	204
Trabajo de los Profissionais	Masculino	2	2,6	73	97,4	75
	Feminino	5	3,8	124	96,2	129
	Geral	7	3,4	197	96,6	204

Fonte: Unidade de Pronto Atención (UPA – Brasil, 2020).

Para evaluación de la satisfacción del usuario de acuerdo con la causa que motivó la búsqueda de la unidad de atención de emergencia, se seleccionaron las causas externas y el resto se agruparon en otras causas, ya que son emergencias traumáticas, que pueden ser una variable diferenciadora para la satisfacción del usuario . Esta evaluación se realizó en relación con las condiciones ofrecidas y el trabajo de los profesionales.

Tabla 20 - Evaluación de la satisfacción del usuario con las condiciones ofrecidas por la unidad de atención de emergencia, según el tipo de reclamación de los usuarios que motivaron la búsqueda de emergencias, 2020.

Tipo de reclamación	Condiciones Ofrecidas				Total	Nota Médida
	Insatisfecho		Satisfecho			
	N	%	N	%		
Causas externas	2	10	18	90	20	10
Digestivo	3	16,6	15	83,4	18	9
Neurológico	2	13,3	13	86,7	15	7,5
Psiquiátrico	0	0	11	100	11	5,5
Cardiológico / Hipertensivo	3	12,5	21	87,5	24	12
Respiratorio	4	11,7	30	88,3	34	17
Dolor muscular y articular	5	18,5	22	81,5	27	13,5
Síntomas no especificados	4	13,7	25	86,3	29	14,5
Intoxicación exógena	0	0	8	100	8	4
Otras causas	6	21,4	22	78,6	28	14
General	56	27,4	182	89,6	204	

Fonte: Unidad de Pronta Atención (UPA – Brasil, 2020)

Con respecto al trabajo de los profesionales (Tabla 21), los usuarios que buscaron la unidad de atención de emergência com causa de la enfermedad cardiovasculares e hipertensivas tienen un mayor nivel de insatisfacción (16,6%). Este es un factor relevante porque es una unidad de emergencia.

Teniendo en cuenta la demanda de médicos especialistas y la insatisfacción con la atención, se puede constatar que la búsqueda en la unidad de atención de complejidad media y baja en relación a la atención puede resolverse en lo esencial en atención primaria, como se describe en el dolor muscular.

Tabla 21 - Evaluación de la satisfacción de los usuarios con el trabajo de los profesionales, según el tipo de complicaciones de los usuarios que motivaron la demanda de emergencias, 2020.

Tipo de complicación	Trabajo de los profesionales				Total	Nota Médida
	Insatisfecho		Satisfecho			
	N	%	N	%		
Causas externas	3	15	17	85	20	10
Digestivo	2	11,1	16	88,9	18	9
Neurológico	3	20	12	80	15	7,5
Psiquiátrico	0	0	11	100	11	5,5
Cardiológico / Hipertensivo	4	16,6	20	83,4	24	12
Respiratorio	3	8,8	31	91,2	34	17
Dolor muscular y articular	2	7,4	25	92,6	27	13,5
Síntomas no especificados	3	15,7	16	84,3	19	9,5
Intoxicación exógena	0	0	8	100	8	4
Otras causas	2	7,1	26	92,9	28	14
General	22	10,7	182	89,3	204	

Fonte: Unidad de Pronto Atención (UPA- Brasil, 2020)

Para el análisis de las dimensiones de calidad (Cuadro 1), se seleccionaron las preguntas de cada una de las dimensiones a evaluar en los cuestionarios de satisfacción del usuario atendidos en el Servicio de Emergencia las 24 horas. (APÉNDICES A y B):

Tabla 22 - Evaluación de la satisfacción de los usuarios atendidos en emergencias en la unidad de acuerdo con las Dimensiones de la Calidad 2020.

Dimensiones de cualidad	Insatisfecho		Satisfecho		Total
	N	%	N	%	
Confidencialidad	7	3,4	197	96,6	204
Política de privacidad	9	4,4	195	95,6	204
Derecho a la información	11	5,3	193	94,7	204
Comodidad	6	2,9	198	97,1	204
Dignidad y cortesía.	8	3,9	196	96,1	204
Tiempos de espera	22	10,7	182	89,3	204
Asistencia clínica	6	2,9	198	97,1	204

Fonte: Unidad de Pronto Atención (UPA- Brasil, 2020)

Al correlacionar las dimensiones de calidad con las características individuales de los usuarios, dos variables individuales mostraron diferencias significativas: el grupo de edad y la educación de los usuarios. Los resultados presentados en relación con el grupo de edad muestran que los mayores, de 60 años o más, son los más críticos en relación con la privacidad, así como los adultos jóvenes (de 20 a 39 años) son los más insatisfechos en relación con la comodidad (Tabla 23).

Tabla 23 - La evaluación de la satisfacción del usuario de las Dimensiones de calidad y el grupo de edad de los usuarios fue atendida en la emergencia, 2020.

Dimensiones	Satisfacción do Usuarios								Total
	Rango de edad								
	13-19		20-39		40-59		60 OU +		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Confidencialidad	28	13,7	47	23,3	97	47,5	32	15,6	204
Privacidad	60	29,4	65	31,8	56	27,4	23	11,2	204
Direito de la Información	32	15,6	67	32,8	76	37,2	29	14,2	204
Conforto	53	25,9	48	23,5	46	22,5	67	32,8	204
Dignidad y Cortesía	44	21,5	56	27,4	58	28,4	46	22,5	204
Tiempos de la Espera	38	18,6	28	13,7	57	27,9	81	39,7	204
Assistência Clínica	42	20,5	57	27,9	58	28,4	47	23,0	204

Fonte: Unidad de Pronta Atención (UPA- brasil, 2020).

Con respecto a la educación (Tabla 24), a pesar de la mayor satisfacción en general de los usuarios sin educación, solo en relación con la evaluación de la dignidad y la cortesía existen diferencias significativas, donde los usuarios con un nivel de educación medio y superior tienen una menor satisfacción en relación con menos educado.

Tabla 24 - Evaluación de la satisfacción de los usuarios de acuerdo con las Dimensiones de calidad y educación de los usuarios respondidos en emergencias, 2020.

Dimensiones	Satisfacción de los Usuarios								Nota media
	Escolaridad								
	Analfabeta		Enseñanza Fundamental		Enseñanza Medio		Enseñanza Superior		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Confidencialidade	6	2,9	37	18,1	128	62,7	33	16,1	
Privacidade	8	3,9	87	42,6	59	28,9	50	24,5	
Direito à Informação	4	1,9	76	37,2	95	46,5	29	14,2	
Conforto	5	2,4	73	35,7	63	30,8	63	30,8	
Dignidade e Cortesia	2	0,9	53	25,9	75	36,7	74	36,2	
Tempos de Espera	4	1,9	60	29,4	82	40,1	58	28,4	
Assistência Clínica	9	4,4	58	28,4	92	45,0	45	22,0	

Fonte: Unidad de Pronto Atención (UPA- Brasil, 2020)

8. Discusión De Los Resultados De La Satisfacción Del Usuario.

El perfil predominante de usuarios que buscan la unidad de emergencia pública en la ciudad de Iporá-Goiás y de una población adulta joven de entre 40 y 59 años, mujeres, con educación secundaria, ama de casa o desempleados, residentes de la región. La mayor presencia de mujeres como usuarias de servicios de salud, 66.92% en este estudio, demuestra que las mujeres son las mayores usuarias de emergencias, como en otros estudios realizados por autores como: Su importancia en el papel del cuidador familiar de salud.

Otro hecho que llama la atención es el predominio de usuarios en la ciudad de Iporá-Goiás, y que la gran mayoría de los problemas urgentes en el resto del municipio se están "resolviendo" en su región.

Otra característica de la clientela de estas emergencias es que la mayoría llega a las unidades debido a una demanda espontánea y en medios de transporte inadecuados para casos de

emergencia, lo que demuestra que esta unidad aún atiende a un gran número de pacientes con complicación de baja complejidad y hacinamiento en casos de emergencia. eso podría resolverse en Family Health Strategy Services, un problema que va más allá de los límites de la gestión hospitalaria, en esta unidad se concentra la mayoría de las emergencias generales de los 16 municipios vecinos, donde y la unidad que está preparada y equipada para atender emergencias de bajo nivel La alta complejidad en la región.

En general, la causa que más motivó la búsqueda de emergencias fueron causas externas con 19.3%, aunque las causas de la hipertensivas y cardíacas son predominantes con 12.3%, causas externas como motivo para buscar urgencia, con menos demanda. referenciada (82.9%) busca la unidad sin derivación, y con el uso del 13.7% de ambulancia como medio para moverse por la unidad, se caracteriza por ser una unidad de atención médica con un perfil de atención de emergencia de complejidad o severidad media. casos, datos que afectarán los resultados de satisfacción del usuario con esta unidad, como se verá a continuación.

El hallazgo de que la recepción / recepción es el sector de servicios con la mayor insatisfacción entre los usuarios muestra que el primer contacto del usuario con la unidad de salud no es muy acogedor. Como sabemos que es en el sector de emergencias donde hay mayor hacinamiento, camillas en los pasillos y la mayor gravedad de los casos, la mejor evaluación de la emergencia puede estar relacionada con la percepción de "resolubilidad" por parte del usuario.

Evaluar la calidad de la atención, era evidente que el trabajo de los profesionales es el componente mejor evaluado por los usuarios. La insatisfacción con las condiciones ofrecidas fue unánime en el departamento de emergencias. Esta unidad de atención de emergencias evaluada, a pesar de tener una incorporación tecnológica compatible con su grado de complejidad, tiene buenas condiciones de servicio a los usuarios, con una estructura arquitectónica adecuada y

mobiliario acorde con la situación experimentada por el usuario, como se verá en los siguientes capítulos.

Aunque la insatisfacción, en relación con las condiciones ofrecidas y el trabajo de los profesionales, es mayor entre los usuarios con menos educación, los resultados no fueron significativos, al igual que hubo una correlación con la profesión y el sexo de los usuarios. Las variables que mostraron una mayor sensibilidad en las correlaciones fueron el grupo de edad del usuario y causa que lo llevó a buscar hospitales.

Los adultos jóvenes entre 40 y 59 años muestran una mayor insatisfacción con las condiciones ofrecidas y con el trabajo de los profesionales, y como este grupo de edad representa el 41.7% de los usuarios, esta crítica de estos usuarios determina un mayor nivel de insatisfacción en la evaluación. Otro estudio realizado para identificar los factores asociados con la satisfacción de los pacientes hospitalizados mostró que la edad avanzada del paciente es uno de los predictores más fuertes de satisfacción, que es similar a este estudio.

La satisfacción extremadamente alta con las condiciones ofrecidas a los usuarios con atención en psiquiatría e intoxicación exógena con el 100% de los encuestados con un puntaje promedio de 5,5. Sin embargo, los usuarios que presentaron insatisfacción fueron aquellos con quejas de enfermedades musculoesqueléticas con 18,5%. En cuanto a la atención brindada por profesionales, las reclamación con mayor satisfacción fueron la atención de otras causas con 92.9%, la más insatisfecha fue la atención de quejas de enfermedad cardíaca con 16.6%. En el análisis de las dimensiones de calidad, es evidente que la conveniencia y la asistencia clínica exceden un nivel de satisfacción superior al 97,1%. A pesar de la gran insatisfacción con el tiempo de espera, esta insatisfacción fue superada por la evaluación de la comodidad, y también llama la atención por la satisfacción con el derecho a la información 32.8% demostrado por el grupo de edad de 40 a 59 años. En otros estudios, el tiempo de espera también es motivo de gran

insatisfacción, ya que este estudio se refiere a unidades de emergencia y tiene una buena satisfacción con la instalación. Al ingresar a la unidad, la poca satisfacción con los tiempos de espera se refiere más a los tiempos internos para llevar a cabo los diversos procedimientos. (Braga- Junior et al., 2015).

Las características individuales de los usuarios que mostraron diferencias en la evaluación de las dimensiones de calidad fueron el rango de edad y la educación de los usuarios. La mayor insatisfacción de los ancianos con respecto a la privacidad, es decir, su exposición física a los demás, es consistente con una mayor modestia entre los ancianos, así como una evaluación de una mayor insatisfacción entre los usuarios con menos educación en relación con la dignidad y la cortesía. , que están más relacionadas con un derecho de conciencia y ciudadanía.

Las preguntas que conforman el cuestionario que más contribuyen a la satisfacción del usuario están relacionadas con las acciones de los profesionales médicos, el equipo de enfermería y la recepción, especialmente las relacionadas con la atención de profesionales con pacientes. Sin embargo, la evaluación positiva de cuestiones como la facilidad de ingreso a la unidad de salud, la limpieza del medio ambiente, la comida servida y la posibilidad de la presencia del acompañante en la emergencia también tuvieron una insatisfacción.

La cantidad y comodidad de las sillas, la conservación y limpieza de los muebles y camillas, el ruido en el ambiente hospitalario, los tiempos de espera, la poca posibilidad de quejarse y ser escuchado, la presencia del jefe de enfermería en la orientación de las conductas y la cantidad Los médicos de urgencias son cuestiones que contribuyen a la mayor insatisfacción del usuario. La queja sobre el número de médicos no tiene una explicación tan obvia porque esta unidad de atención de emergencia tiene 2 médicos, de turno en cada turno.

La evaluación de los usuarios en el momento de su atención de emergencia requiere una gran apreciación de su análisis crítico y los resultados muestran que esta unidad tiene un largo

camino por recorrer para su calificación. Los resultados demuestran que a pesar de la gran relevancia social del trabajo y los resultados clínicos logrados por esta unidad, su evaluación se ve comprometida por preguntas aparentemente simples, pero que implican principalmente una gran inversión de gestión.

La calificación de atención a las urgencias recomendadas por Quali-SUS y HumanizaSUS, referencia analítica de esta investigación, presupone cambios internos con la implementación de: recepción, humanización, reorganización del flujo y espacios internos de acuerdo con la gravedad del caso y priorizando las camas de la unidad para el usuario de emergencia. Esta calificación requiere un cambio en la actitud gerencial y tiene la acción humana como un elemento central a través de la participación de los trabajadores en esta unidad de salud en su implementación (Brasil, 2011).

Como el trabajo de los profesionales tuvo la mejor evaluación encontrada en esta investigación, a pesar de la posibilidad de tener un "sesgo de gratitud" revela la existencia de alguna condición interna necesaria para este cambio.

La unidad de emergencia es una importante puerta de entrada al sistema de salud y su calificación va más allá del entorno hospitalario, presupone la regulación del sistema de emergencia. La regulación de la entrada en emergencias y la redistribución de casos menos complejos a la red de atención de emergencias organizada por nivel de complejidad, así como la realización de una regulación efectiva de las camas hospitalarias, permitirán la asistencia y la hospitalización de quienes llegan a emergencias de acuerdo La especialización, el grado de complejidad y la distribución espacial de la red hospitalaria. Con esto, la duración de la estadía de los pacientes disminuiría y las emergencias de alta complejidad se eliminarían, permitiendo la calificación interna de las unidades de emergencia.

La evaluación muy positiva cuando se le pide que otorgue una calificación general a la asistencia a los hospitales, un resultado muy diferente de las otras evaluaciones realizadas en este trabajo, demuestra que las evaluaciones generales, que no son muy explícitas sobre lo que uno quiere evaluar, contribuyen muy poco para tener una evaluación más confiable. del usuario Los resultados obtenidos en este trabajo muestran que la metodología adoptada fue capaz de capturar la (in) satisfacción del usuario, ya que discrimina los diversos aspectos de la asistencia que queríamos evaluar.

La investigación realizada por Braga Júnior et al (2015) sobre la epidemiología y el grado de satisfacción del paciente víctima de trauma musculoesquelético tratado en un hospital de emergencia en la red pública brasileña, Fortaleza - Ceará, Brasil, en el que encontró 89% de satisfacción. Otros estudios sobre satisfacción con la hospitalización tienen índices de satisfacción superiores al 70% en Brasil.

Gouveia et al.,(2015) y Domingues et al. (2014), afirman que y superiores al 80% en América del Sur. Para comprender las diferencias en las evaluaciones encontradas, debe tenerse en cuenta la diversidad de métodos, técnicas e instrumentos utilizados en las diversas encuestas que dificultan la realización de las comparaciones. Investigar la satisfacción al momento de la asistencia dentro de emergencias puede haber sido el factor determinante en la crítica de los usuarios de esta investigación.

CAPITULO 3

1.SATISFACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN LA SALA DE EMERGENCIAS LAS 24 HORAS: MEDICOS, ENFERMERAS Y TÉCNICOS DE ENFERMERÍA: Sus Motivaciones Para Trabajar En Emergencias Y Las Condiciones De Trabajo Que Ofrecen Los Hospitales Públicos.

1.1Introducción

El desempeño del profesional de la salud debe entenderse como la realización de acciones relacionadas con la atención, considerando la satisfacción de un conjunto de necesidades inevitables, que cuando se atiende para permitir una mayor participación de los miembros del equipo en sus actividades con una atención de calidad y un mejor desempeño en el trabajo (Régis y Porto, 2011).

Por lo tanto, se entiende que la calidad de los servicios prestados por los profesionales de la salud está relacionada con los estados fisiológicos, de seguridad y psicológicos de los miembros del equipo. En este contexto, se describe como un mecanismo capaz de promover mejoras en la calidad de vida en el trabajo: motivación . Según los autores, los niveles más altos de motivación están relacionados con una menor rotación y una menor ausentismo en el trabajo, además de contribuir a una mayor confianza, satisfacción de quienes reciben atención y, en consecuencia, una mejor calidad de la atención médica (Duarte & Simões, 2015).

En este sentido, se entiende que es necesario comprender los factores que motivan a los profesionales que trabajan en el Sistema Único de Salud, buscando comprender el proceso de trabajo de estos profesionales, a fin de reflexionar sobre los posibles cambios que favorecen la salud de los trabajadores y una mejor calidad en asistencia Es importante señalar que la motivación en el trabajo se ha estudiado durante aproximadamente un siglo. Según los autores,

las consideraciones con respecto a la motivación son diferentes entre sí, ya que las múltiples teorías motivacionales abarcan diferentes variables en la comprensión del concepto, causando la fragmentación de este campo de estudio (Alves-Filho & Costa, 2013).

Sin embargo, hay un punto en común entre muchas de las interpretaciones: los estudios sobre la motivación humana rara vez se basan en la información ofrecida por la investigación científica (Bergamini, 1997). Lo que se sabe es que han proliferado una enorme cantidad de teorías, con pocos intentos de articularlas o basarse (Alves-Filho & Costa, 2013).

Por lo tanto, hay un campo de estudio fragmentado por divergencias. Según Muchinsky (1994), la teoría de la jerarquía de necesidades, la teoría ERC (existencia, relaciones y crecimiento), la teoría de la equidad, la teoría de las expectativas, la teoría del refuerzo, la teoría del establecimiento de objetivos y Teoría de la motivación intrínseca. Con base en estudios sobre motivación, contribuyen a la comprensión de los aspectos que intervienen en la motivación humana y sus implicaciones en el resultado del trabajo (Duarte & Simões, 2015).

La teoría de la jerarquía de necesidades de Maslow, la teoría de la motivación-higiene de Herzberg y los supuestos de la teoría de la motivación intrínseca defendida por Bergamini y Archer son más consistentes con la naturaleza humana. Por lo tanto, los autores entienden que la interpretación de la motivación en el entorno organizacional depende del nivel de satisfacer las necesidades de los individuos, así como de su satisfacción o insatisfacción con respecto a los factores higiénicos y motivadores. En general, la satisfacción implica sentirse satisfecho con algo, mientras que la motivación tiene el significado de sentirse motivado para hacer algo. Mientras que la satisfacción (o insatisfacción) se manifiesta como un sentimiento de placer o dolor, placer o disgusto, satisfacción o descontento, etc., la motivación se expresa como una tendencia a la acción y la desmotivación se manifiesta como una tendencia a la inacción (Gomes & Quelhas, 2013).

La teoría de las necesidades de Maslow, basada en el principio de que cada ser humano tiene necesidades comunes que motivan su comportamiento para satisfacerlas. Por lo tanto, estar motivado significa estar dispuesto a actuar para satisfacer las necesidades, de acuerdo con los niveles jerárquicos (Maslow, 1954), que son: necesidades básicas o fisiológicas, aquellas directamente relacionadas con la supervivencia del ser humano, tales como: alimentos, agua, ropa, sexo y saneamiento; necesidades de seguridad, relacionadas con la protección individual contra peligros y amenazas tales como: salud, trabajo, seguros, seguridad social y orden social; amor y / o necesidades sociales, relacionadas con la vida en sociedad, que abarca las necesidades de socialización, amistad, respeto, amor, ocio y participación, refiriéndose a la necesidad de afecto de las personas, como amigos, novia, esposa e hijos; necesidades de estima, relacionadas con la autosatisfacción, tales como: independencia, apreciación, dignidad, reconocimiento, igualdad subjetiva, respeto y oportunidades, refiriéndose a una autoevaluación estable, así como a una alta autoestima que conduzca a sentimientos de autoconfianza, valor, fuerza, capacidad, suficiencia y utilidad para el mundo; y las necesidades de autorrealización, que expresan el nivel más alto de necesidades que están directamente relacionadas con la realización integral del individuo.

La motivación en el trabajo no es abstracta y tiene raíces en la organización, el entorno externo y el individuo mismo. Una persona motivada es el producto de estas condiciones. La motivación en el trabajo es un estado mental positivo que permite el cumplimiento de las tareas del trabajo y el potencial total del individuo⁷⁴. Por lo tanto, abordar estas condiciones de trabajo ofrecidas por los hospitales y las motivaciones de los médicos y enfermeras para trabajar en unidades de emergencia y su interacción son elementos importantes para comprender la calidad de la atención brindada por estos profesionales en las condiciones concretas en las que brindan asistencia a la población (Fernandes et al., 2013).

La revisión de la investigación más reciente sobre las relaciones humanas en el trabajo de salud mostró la existencia de instrumentos, en el campo de la psicología social, o psicología organizacional y laboral, ya diseñados para evaluar específicamente: motivación, valores, el significado del trabajo, o la percepción del trabajo, entre otras construcciones. La existencia, que incluye una amplia variedad de instrumentos, con diferentes enfoques, dirigidos a audiencias con perfiles específicos, desde un punto de vista cultural u organizativo, y centrados en diferentes construcciones y conceptos, ha obstaculizado la posibilidad de realizar lecturas comparativas entre diferentes investigaciones, o incluso la posibilidad de aplicar estos instrumentos en otros contextos (Alves Filho & Borges, 2015).

Al realizar una revisión de la "teoría de la motivación humana", identifiqué como su raíz básica la asistencia, en todo momento, a las necesidades esenciales del hombre. Reuní a tres grupos fundamentales: las necesidades fisiológicas, las necesidades de amor y estima y las de autorrealización. Las necesidades fisiológicas comprenden el conjunto completo de funciones esenciales que deben cumplirse para preservar la vida humana, incluida la seguridad física, laboral y familiar vinculada a la estabilidad conyugal; las necesidades emocionales hacen que los hombres quieran tener amigos, aspirar a construir una familia; y para las necesidades de autorrealización, el hombre necesita tener las condiciones e instrumentos para alcanzar todo su potencial. Estas necesidades, según esta teoría, son acumulativas, es decir, cuando se satisfacen las necesidades fisiológicas, surgen otras necesidades, de amor y, finalmente, de autorrealización (Borges et al., 2015).

Otro enfoque de la motivación laboral es la Teoría de los valores individuales básicos propuesta por Schwartz y descrita por Borges (1999) que clasifica los valores del trabajo en diez tipos, a saber: autodeterminación (independencia de pensamiento y acción), universalismo o filantropía (preocupación por el bienestar de todos), benevolencia (interés y preocupación por el

bienestar de las personas cercanas), autorrealización (objetivo de éxito y demostración de competencia), hedonismo (placer y gratificación personal), conformidad (control personal de acuerdo con las expectativas sociales), tradición (respeto y aceptación de los ideales y costumbres de su sociedad), estimulación (búsqueda de emoción y cambio), seguridad (estabilidad de la sociedad y de usted mismo) y poder (búsqueda de estatus social , prestigio y control), (Borges, 2015).

El desarrollo de instrumentos para evaluar valores relacionados con el trabajo que conducen a la motivación, es un campo de la psicología social que desarrolla y valida instrumentos, y desde allí se pueden aplicar en varios campos de investigación, particularmente en el área de la salud. Llevan a cabo una revisión de los principales instrumentos identificados: el Superinventario como uno de los primeros y más utilizados instrumentos desarrollados para evaluar los valores relacionados con el trabajo; Minnesota Importance Questionnaire, que es otra medida ampliamente utilizada; y el Cuestionario de valores laborales desarrollado por Elizur a partir de la literatura sobre valores relacionados con el trabajo y la motivación (Borges et al., 2015).

Propone el Inventario del significado del trabajo, que sirve como instrumento para medir la distinción entre atributos evaluativos y descriptivos. Los atributos evaluativos consisten en una definición de lo que "debería ser" el trabajo. Son, por lo tanto, los valores del trabajo. Los atributos descriptivos se refieren, entonces, a la percepción del trabajo concreto, es decir, caracterizan el trabajo tal como es. Se identificaron cuatro factores entre los atributos de valoración: independencia financiera y placer, justicia en el trabajo, esfuerzo físico y aprendizaje y dignidad social. Entre los atributos descriptivos, se identificaron dos factores: expresión e independencia financiera, y ejecución y función social. Adaptaron el Inventario del significado

del trabajo para profesionales de la salud y empleados bancarios, proponiendo el Inventario de la motivación y el significado del trabajo (Pinho & Araújo, 2017).

Porto y Tamayo (2013) crearon The Scale of Values Related to Work - EVT. Los cuatro factores que se incluyen en esta escala son:

- Logro en el trabajo, que se refiere a la búsqueda del placer y la realización personal y profesional, así como a la independencia del pensamiento y la acción en el trabajo a través de la autonomía intelectual y la creatividad;
- Relaciones sociales: que se refiere a la búsqueda de relaciones sociales positivas en el trabajo y una contribución positiva a la sociedad a través del trabajo;
- Prestigio: se refiere a la búsqueda de autoridad, éxito profesional y poder de influencia en el trabajo;
- Estabilidad: se refiere a la búsqueda de seguridad y orden en la vida a través del trabajo, lo que permite satisfacer materialmente las necesidades personales.

Esta escala tiene buenos niveles de confiabilidad y puede usarse en investigación y diagnóstico, lo que favorece los estudios de valores. Este instrumento contribuye significativamente a la comprensión de las motivaciones para el trabajo y al desarrollo de investigaciones sobre valores relacionados con el trabajo, tales como: opciones de alternativas de trabajo, comportamientos en el trabajo y evaluaciones del contexto laboral .

Entre las evaluaciones sobre motivación para el trabajo, particularmente para profesionales de la salud en Brasil. El estudio realizado por Pasti (1999) tuvo como objetivo esbozar el perfil motivacional de la enfermera que trabajaba en un hospital general en el interior de São Paulo y se utilizó el inventario (MOSE de Romero-Garcia & Salon de Bustamante), que fue traducido y adaptado al idioma portugués. , que ya ha sido validado y utilizado previamente por otros investigadores. Es un inventario de motivación, compuesto por doce subescalas

diferentes, en formato Likert, que presenta las siguientes opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo (1); bastante en desacuerdo (2); ligeramente en desacuerdo (3); ligeramente de acuerdo (4); bastante de acuerdo (5); totalmente de acuerdo (6).

En el trabajo realizado por Silva (2011), con el título: Escala estándar del cuestionario de motivación laboral para trabajadores de los grupos de enfermería de la ciudad de Porto Velho - Rondônia, utiliza el Cuestionario de motivación laboral (QMT) desarrollado por Fernando Toro. Este cuestionario es uno de los más completos, no solo por la variedad de factores que mide, sino también porque es un instrumento utilizado en otros países latinoamericanos, que puede presentar ventajas al comparar perfiles de diferentes culturas.

En un estudio realizado para evaluar la motivación en el trabajo del equipo de enfermería, utilizaron las entrevistas como un instrumento de recopilación compuesto por preguntas abiertas, que guiaron el estudio. Ellos son: "En su vida diaria, qué situaciones contribuyen a que se sienta motivado?"; "Qué situaciones contribuyen a que te sientas desmotivado?"; "Qué medidas podrían tomarse para aumentar la motivación entre los elementos del equipo de enfermería?" El resultado principal es "trabajar en sí mismo" como la categoría más citada como motivadora y, según los autores, confirma la relación entre "la afirmación de que los factores relacionados con el trabajo en sí, las tareas y deberes relacionados con el trabajo en sí mismo, recompensan el individuo".

2 Metodología

2.1 Elaboración Del Instrumento De Evaluación.

El instrumento de recopilación de datos para esta evaluación es un instrumento único compuesto por tres bloques de evaluación: motivación, cuestiones relacionadas con las condiciones de trabajo y cuestiones relacionadas con la caracterización de médicos y enfermeras,

profesionales con un título de educación superior que participan en la atención. y en contacto directo con los usuarios de las unidades de emergencia. Motivación de los profesionales. En el primer momento de elaboración del proyecto, se pensó construir un instrumento para identificar las motivaciones de los profesionales. Sin embargo, la investigación sobre los instrumentos para identificar los factores que conducirían a la motivación de los profesionales de la salud sobre el trabajo realizado y, en consecuencia, su influencia en la calidad del servicio prestado, mostró la existencia de instrumentos de medición, en el campo de la psicología social, o psicología organizacional y laboral, ya diseñada para medir específicamente: motivación; los valores; el significado del trabajo; o la percepción del trabajo (Pereira & Favero, 2011).

Los valores relacionados con el trabajo se definen como principios o creencias sobre objetivos o recompensas deseables, organizados jerárquicamente, que las personas buscan a través del trabajo y que guían sus evaluaciones de los resultados y el contexto del trabajo, así como su comportamiento en el trabajo. y la elección de alternativas de trabajo. Existe una relación estrecha y fundamental entre motivación y valores. Esto sucede, según Tamayo y Paschoal (2003), porque los valores median la relación entre las necesidades y los objetivos de los individuos y estos últimos regulan los tres elementos básicos de la motivación: intensidad, dirección y persistencia del esfuerzo (Porto & Tamayo, 2013).

Con base en la revisión bibliográfica sobre la evaluación de los valores de trabajo, se decidió utilizar la Escala de Valores de Trabajo - EVT, desarrollada por Porto y Tamayo (2013), ya que es un instrumento que, además de haber sido validado, por lo tanto, aplicado por cualquier investigador, es específico para la evaluación de profesionales de la salud con educación superior. Los cuatro factores contenidos en esta escala, como se vio anteriormente, son: logros en el trabajo, relaciones sociales, prestigio y estabilidad.

La escala de valores de trabajo (EVT) se compone de 45 elementos, formateados como una escala Likert (APÉNDICE D). Los ítems comprenden los cuatro factores identificados por los autores, como se muestra en la tabla a continuación:

2.2 Condiciones Laborales Que Ofrecen Los Hospitales

Como las condiciones de trabajo estructurales en los grandes hospitales brasileños se consideran puntos críticos de atención y teniendo en cuenta que las condiciones de trabajo influyen en el rendimiento y la motivación para el trabajo del profesional, se definió la evaluación de las condiciones de trabajo ofrecidas por los hospitales. Las condiciones de trabajo son el principal predictor de la fuerza motivacional. Las inversiones para mejorar estas condiciones son, sin duda, el primer paso para recuperar la motivación de aquellos que están perdiendo el corazón. Esta evaluación se realizó a través de diecisiete preguntas sobre estas condiciones, definidas en base al marco teórico estudiado y la realidad de la unidad de atención de emergencia en estudio, que analizará las siguientes dimensiones de las condiciones de trabajo (Deslandes, 2020):

✓ Como las condiciones de trabajo estructurales en los grandes hospitales brasileños se consideran puntos críticos de atención y teniendo en cuenta que las condiciones de trabajo influyen en el rendimiento y la motivación para el trabajo del profesional, se definió la evaluación de las condiciones de trabajo ofrecidas por los hospitales. Las condiciones de trabajo son el principal predictor de la fuerza motivacional. Las inversiones para mejorar estas condiciones son, sin duda, el primer paso para recuperar la motivación de aquellos que están perdiendo el corazón. Esta evaluación se realizó a través de diecisiete preguntas sobre estas condiciones, definidas en base al marco teórico estudiado y la realidad de la unidad de atención de

emergencia en estudio, que analizará las siguientes dimensiones de las Como confort como condición de trabajo (Borges, 2015).

- ✓ Limpieza del medio ambiente;
- ✓ Condiciones de descanso para profesionales, ofrecidas por la unidad;
- ✓ Calidad de la comida ofrecida;
- ✓ Equipos y suministros;
- ✓ Disponibilidad de equipos de trabajo;
- ✓ Mantenimiento de equipos;
- ✓ Cantidad de materiales para realizar las actividades (medicamentos, desechables, etc.).
- ✓ Número de profesionales;
- ✓ Número de médicos en el servicio;
- ✓ Número de enfermeras en el servicio;
- ✓ Número de personal auxiliar en el servicio;
- ✓ Medios diagnósticos y terapéuticos;
- ✓ Soporte de servicio de laboratorio;
- ✓ Soporte de banco de sangre;
- ✓ Soporte de servicio de imágenes.
- ✓ Gestión / organización del trabajo;
- ✓ Organización del medio ambiente;
- ✓ Número de servicios por turno;
- ✓ Carga de trabajo del turno de trabajo;
- ✓ Seguridad ofrecida por la unidad.

✓ Para esta evaluación, se le pidió al profesional que conceptualizara los ítems a evaluar como excelentes, buenos, justos, pobres y muy malos (APÉNDICE E), estructurando así el instrumento:

✓ Cómo califica las preguntas a continuación?

CUESTIONARIO	ÓPTIMO	BUENO	REGULAR	MAL	MUY MAL
Confort como condición de trabajo					
Limpieza del medio ambiente					

2.3.Caracterización de Profissionais

En la caracterización de médicos y enfermeras (APÉNDICE G) de la unidad, se investigó lo siguiente:

- Atributos personales: sexo, edad, estado civil, duración del servicio;
- Formación: año de graduación, universidad donde te graduaste y especialización;
- Enlace con el hospital: tipo, opción para la unidad de salud, tiempo de trabajo en la sala de emergencias y régimen de turnos / trabajo; Otros enlaces - Naturaleza y tipo de unidad;
- Ingresos totales: respuesta profesional opcional.

3. Colecta de datos

Aunque no hubo una correlación directa entre la satisfacción de los usuarios y la motivación de los profesionales, la investigación eligió entrevistar a los usuarios atendidos por médicos para ser entrevistados a fin de no distanciarse de las dos evaluaciones y eliminar la existencia de posibles sesgos. Para esto, la recolección de datos se inició mediante la entrevista con el médico, debido a la necesidad de entrevistar a los usuarios de los médicos encuestados. Los profesionales fueron invitados a contribuir a la investigación y, en caso de aceptación, firmaron el Término de consentimiento libre e informado - TCLE (APÉNDICE H).

Los 17 médicos, 8 enfermeras y 24 técnicos de enfermería en la unidad de atención de emergencia-UPA las 24 horas, (Cuadro 7) se enumeraron nominalmente de acuerdo con la lista proporcionada por los jefes de la unidad de emergencia. Los médicos, enfermeras y técnicos de enfermería se numeraron de acuerdo con la escala de servicio proporcionada por la unidad, se realizó una encuesta con todos los profesionales, ya que es una unidad pequeña, el cuestionario se aplicó en los turnos de día y de noche en la Unidad de Atención de Emergencia de 24 horas.

Con esto, se garantizó la entrevista de un médico en cada turno de la unidad, todos los días de la semana. En vista de la necesidad de preservar la confidencialidad con respecto a la identidad de los entrevistados y garantizar la calidad de las entrevistas, se creó una codificación para ser utilizado en los cuestionarios. El código identifica la profesión (médico M y enfermera E), los profesionales por letras (de la A a la Z) y los relaciona con sus entrevistadores (número) y el área de trabajo, que estaba en el encabezado del cuestionario de los profesionales (APÉNDICE F).

Los cuestionarios de los profesionales fueron completados por los propios profesionales, en el momento de la entrevista, y el entrevistador, además de solicitar la colaboración de los profesionales con la investigación para aclarar dudas, en este sentido, todos los cuestionarios se completaron durante el turno del profesional.

1.2.4 Plan de análisis de datos

Al igual que el cuestionario del usuario, las evaluaciones de los profesionales se agruparon por lugar de trabajo en la unidad, sala de emergencias las 24 horas. Luego, se analizan con respecto a:

- ✓ Evaluación de las características personales de los profesionales: sexo, edad y estado civil;
- ✓ Evaluación de la calidad de la asistencia de urgencia y emergencia;

- ✓ Formación profesional;
- ✓ Vinculación con la unidad de salud y el sistema de salud;
- ✓ Análisis de los factores motivadores;
- ✓ Relación entre las características personales de los profesionales y el análisis de los factores determinantes de la motivación;
- ✓ Análisis de las condiciones de trabajo que ofrece la unidad de atención de emergencias, realizado por profesionales
- ✓ Relación entre las características personales de los profesionales y el análisis de las condiciones de trabajo que ofrece la unidad de salud.

Todos los profesionales seleccionados fueron entrevistados con un buen nivel de colaboración con la investigación. Los datos recopilados de entrevistas con profesionales médicos y enfermeras se ingresaron en el programa Excel y los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico para el software de Ciencias Sociales (SPSS).

Para evaluar las condiciones ofrecidas y describir el perfil de los profesionales y su inserción en la unidad de atención de emergencia, se realizó un análisis de frecuencia de los atributos y conceptos dados a las condiciones ofrecidas. En cuanto a la Escala de valores relacionados con el trabajo, su análisis estadístico se realizó de acuerdo con el estándar el análisis de los factores de los atributos evaluativos, que consiste en analizar los factores a partir de la frecuencia de los participantes por intervalo de tiempo. distribución de puntajes (1 a 5), medias y desviación estándar, así como el coeficiente de variación (Borges et al, 2015).

Para evaluar las condiciones ofrecidas y la descripción del perfil de los profesionales y su inserción en la unidad de atención de emergencia, se realizó un análisis de frecuencia de los atributos y conceptos dados a las condiciones ofrecidas. Con respecto a la Escala de valores

relacionados con el trabajo, su análisis estadístico se realizó de acuerdo con el estándar el análisis de los factores de los atributos evaluativos, que consiste en analizar los factores a partir de la frecuencia de los participantes por intervalo de tiempo. distribución de puntajes (1 a 5), medias y desviación estándar, así como el coeficiente de variación. Para estudiar la relación de algunas características con los factores EVT, se decidió utilizar un modelo de regresión lineal múltiple (Montogomener et al., 2011) que viene dado por: $Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \epsilon$ donde Y es la variable dependiente, son las variables independientes, $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4$ son los parámetros a estimar y ϵ es el error aleatorio.

Se adoptó el método de los mínimos cuadrados para estimar parámetros desconocidos. El método de selección variable utilizado fue paso a paso. En modelos con más de una variable independiente, se analizó el (coeficiente de determinación ajustado). La prueba F se utilizó para la significación del modelo.

El procedimiento consiste en ajustar cuatro modelos cuyas variables dependientes son los cuatro factores de EVT que toman la profesión, el hospital donde trabajan y el sexo de los profesionales como variables independientes. El nivel de significación adoptado fue del 5% (Alves Filho & Borges, 2015).

4 Resultados

4.1 Caracterización De Profesionales.

Los resultados relacionados con el género de los profesionales entrevistados (Tabla 1) muestran que la mayoría de los profesionales de enfermería donde las enfermeras son mujeres, corresponde a (87.5%) y los técnicos de enfermería a (100%) del total, mientras que Los médicos tienen la mayoría de los hombres, en un porcentaje del 54,6% del total de los encuestados.

Tabla 1 - Distribución de enfermeras, técnicos de enfermería y médicos por sexo, 2020.

Genero	Enfermeras		Téc.Enfermería		Médicos	
	N	%	N	%	N	%
Mujer	7	87,5	24	100	10	45,4
Hombre	1	12,5	0	0	12	54,6
Total	8	100	24	100	22	100

Fonte:Unidad de Pronta Atención (UPA- Brasil, 2020).

Entre enfermeras y técnicos de enfermería (Tabla 2), donde (100.0%) están en el grupo de edad entre 21 y 34 años en enfermeras y (50.0%) en técnicos de enfermería, ya entre médicos la proporción más alta se encuentra en el grupo de edad también entre 35 y 44 años, lo que representa el 63,7%.

Tabla 2 - Distribución de enfermeras y médicos por grupo de edad, 2020.

Rango de edad	Enfermeras		Tec. Enfermeras		Médicos	
	N	%	N	%	N	%
21-34 años	8	100	12	50	6	27,3
35-44 años	0	0	8	33,3	14	63,7
45 e Mas años	0	0	4	16,7	2	9,0
Total	8	100	24	100	22	100

Fonte:Unidad de Pronto Atención (UPA- Brasil, 2020).

En cuanto al estado civil de los profesionales (tabla 3), la mayoría son casados, con una proporción de médicos solteros (59.0%), muy superior a la de enfermeras (25%) y técnicos (8.3%).

Tabla 3 - Distribución de enfermeras y médicos según estado civil, 2020.

Estado Civil	Enfermeras		Téc.Enfermaras		Médicos	
	N	%	N	%	N	%
Casado	6	75	20	83,4	8	36,5
Soltero	2	25	2	8,3	13	59,0
Viudo y Divorciado	0	0	2	8,3	0	0
Unión estable	0	0	0	0	1	4,5
Total	8	100	24	100	22	100

Fonte:Unidad de Atención (UPA- Brasil, 2020).

Los resultados sobre el tiempo de trabajo de los profesionales en emergencias (Tabla 4) muestran que el 81.8% de los médicos y el 87.5% de las enfermeras tienen menos de 5 años. Sin embargo, las enfermeras pasan más tiempo en emergencias, el 12.5% de las enfermeras tienen entre 5 y 14 años de trabajo en emergencias y los médicos el 9.1%.

Tabla 4 - Distribución de enfermeras y médicos según horario laboral, 2020.

Tiempo de trabajo en la unidad de emergencia	Enfermeras		Téc.Enfermeria		Médicos	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 5 años	7	87,5	62	51	8	81,8
De 5 a 14 años	1	12,5	17	70,8	2	9,1
Más de 15 años	0	0	1	29,2	2	9,1
Total	8	100	24	100	22	100

Fonte:Unidad de Pronta Atencion (UPA- Brasil, 2020).

La mayoría absoluta de los profesionales (Tabla 5), ya sean enfermeras o médicos, tienen estudios de posgrado en el nivel de Residencia o Especialización, con un porcentaje más alto entre los médicos (63.6%).

Tabla 5 - Distribución de enfermeras y médicos según el tipo de graduado o Especialización, 2020.

Especialización	Enfermeras		Téc. Enfermería		Médicos	
	N	%	N	%	N	%
Residencia o Especialización	6	75	0	0	14	63,6
Maestría o Doctorado	0	0	0	0	0	0
Nenhuma	2	25	24	100	8	36,4
Total	8	100	24	100	22	100

Fonte:Unidad de Pronto Atención (UPA -Brasil, 2020).

La mayoría de los profesionales (Tabla 6) tienen una relación efectiva, hay (62.5%) enfermeras y (79.2%) técnicos de enfermería.

Tabla 6 - Distribución de enfermeras y médicos según el tipo de vínculo con la unidad, 2020.

Tipo de enlace con la unidad	Enfermeras		Tec. Enfermería		Médicos	
	N	%	N	%	N	%
Celetista	0	0	0	0	0	0
Contrato temporal	3	7,5	5	20,8	21	95,4
Personal municipal	5	62,5	19	79,2	1	4,6
Otros	0	0	0	0	0	0
Total	8	100	24	100	22	100

Fonte:Unidad de Pronta Atención (UPA- Brasil,2020).

En cuanto al ingreso mensual total, resultó ser diferente entre médicos, enfermeras y técnicos de enfermería (Tabla 7), la mayoría de los médicos (63.4%) declararon un ingreso de R \$ 10,000.00 y la mayoría de las enfermeras (100.0%) un ingreso hasta R \$ 5,000.00.

Tabla 7 - Distribución de enfermeras y médicos el ingreso mensual total, 2020.

Renda	Enfermeras		Téc. Enfermería		Médicos	
	N	%	N	%	N	%
Até 2000	0	0	20	83,3	0	0
Entre 2000 e 5000	8	100	4	16,7	2	9
Entre 6000 e 10000	0	0	0	0	16	72,7
Mais que 10000	0	0	0	0	4	18,3
Não quis responder	0	0	0	0	0	0
Total	8	100	24	100	22	100

Fonte:Unidad de Pronto Atención (UPA- Brasil, 2020).

En cuanto a la elección del profesional para trabajar en la emergencia (Tabla 8), los resultados mostraron que una gran mayoría (62.5% de las enfermeras y 90.9% de los médicos) tenían una opción personal para trabajar en la emergencia.

Tabla 8 - Distribución de enfermeras y médicos según la elección de la capacidad de la sala de emergencias, 2020.

Escolha Pessoal da Lotação	Enfermeras		Téc.Enfermería		Médicos	
	N	%	N	%	N	%
Sin	5	62,5	22	91,6	20	90,9
Não	3	37,7	2	8,42	2	9,1
Total	8	100	24	100	22	100

Fonte:Unidad de Pronto Atención (UPA- Brasil, 2020).

En relación con el régimen de trabajo (Tabla 9), se observa que los médicos se centran en los diferentes regímenes con turnos según su disponibilidad, con el 77,3% de estos profesionales.

Tabla 9 - Distribución de enfermeras y médicos según el régimen de trabajo semanal, se distribuyen en turnos de 24 horas durante 72 horas em unidad de emergencia, 2020.

Régimen de trabajo semanal	Enfermeras		Téc. Enfermería		Médicos	
	N	%	N	%	N	%
Dos turnos de 12 horas.	0	0	0	0	5	22,7
Cambios de 12hs a 36hs.	2	25	24	100	0	0
Turnos 24/72	6	75	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	17	77,3
Total	8	100	24	100	22	100

Fonte:Unidad de Pronto Atención (UPA- Brasil, 2020).

Los resultados en relación con la existencia de otro enlace además del enlace con la unidad investigada (tabla 10) mostraron que todos los médicos tienen otro enlace (100% de los médicos) con otro enlace, sobre todo porque son horas parciales (20 o 24 horas por semana), pero cabe destacar que (el 75% de las enfermeras y el 87,5%) tienen esta emergencia como su único trabajo.

Tabla 10 - Distribución de enfermeras y médicos según otros tipos de bonos, 2020.

Trabajo en otra unidad de salud	Enfermeras		Téc. Enfermería		Médicos	
	N	%	N	%	N	%
Sim	2	25	3	12,5	22	100
Não	6	75	21	87,5	0	0
Total	8	100	24	100	22	100

Fonte:Unidad de Pronta Atención (UPA- Brasil, 2020).

El resultado de las clases profesionales de factores motivacionales (Tabla 11) muestra una alta motivación para tres de los cuatro factores motivacionales. Enfermeras y médicos, los resultados evidenciaron el logro en el trabajo como el factor más importante para los profesionales, obteniendo el puntaje promedio más alto (0.75%) para las enfermeras y (2.0%) para los médicos y con una desviación estándar de (9 , 7%), es decir, consideran que el trabajo es extremadamente importante. Ahora los técnicos de enfermería ya están pensando más en la estabilidad con el promedio (2%). Por otro lado, el factor de prestigio tuvo un promedio menor en todas las profesiones, es decir, este es el factor menos relevante para los profesionales.

Tabla 11 - Evaluación de puntajes de factores motivacionales según profesionales médicos, enfermeras y técnicos de enfermería, 2020.

Tiempo de Trabajo	Factor Motivacional	Medidas		
		Média	Desviacion estandar	Coef. De Variacion
Enfermería	Logro en el trabajo	0,75	6	8
	Relaciones personales	0,50	4,8	9,6
	Prestigio	0,25	3,4	13,6
	Estabilidad	0,50	4,8	9,6
Técnicos de Enfermería	Logro en el trabajo	1,75	9,1	15,9
	Relaciones personales	1	4,8	4,8
	Prestigio	0,75	6	8
	Estabilidad	2	9,7	4,8
Médicos	Logro en el trabajo	2	9,7	4,8
	Relaciones personales	1,2	57,7	6,16
	Prestigio	0,50	4,8	9,6
	Estabilidad	0,50	4,8	9,6

Fonte:Unidad de Pronta Atención (UPA- Brasil, 2020).

Al evaluar a los profesionales en relación con el tiempo de trabajo en la emergencia y los factores relacionados con el trabajo, se observa que los profesionales con el tiempo de trabajo más largo (menos de 15 años) tienen los puntajes promedio más altos en relación con los factores, aunque no tiene importancia estadísticas (tabla 12). Tampoco hubo significación estadística con respecto al género, el estado civil y el grupo de edad de los profesionales.

Tabla 12 - Evaluación de los puntajes de los factores motivacionales de médicos y enfermeras y técnicos de enfermería según el tiempo de trabajo en emergencias, 2020.

tiempo de trabajo	Factor Motivacional	Medidas		
		Média	Desviación de stander	Coef. De Variacion
< 5ños	Logro en el trabajo	8,6	21,3	2,4
	Relaciones personales	12,3	24,4	1,9
	Prestigio	12	23,6	1,9
	Estabilidad	8,3	20,3	2,4
Ente 5 a 14 años	Logro en el trabajo	5	10,4	2,0
	Relaciones personales	3,6	8,4	2,3
	Prestigio	5	10,4	2,0
	Estabilidad	4	9,2	1,5
15 años más	Logro en el trabajo	2,6	11,9	4,5
	Relaciones personales	3	6,1	2,0
	Prestigio	2	6,3	12,6
	Estabilidad	2,6	11,9	4,5

Fonte:Unidad de Pronta Atención (UPA-Brasil, 2020).

En la evaluación de los factores motivacionales para el trabajo en relación con el género de los profesionales (Tabla 13), se observa que los valores promedio muestran resultados similares, al evaluar por frecuencia de participante por intervalo, muestra una mayor apreciación de las mujeres profesionales en relación con el factor motivacional relaciones sociales. Profissionais com mayor tiempo del servicio demonstra prestigio em el trabajo, gusta cumplir com os pacientes.

Tabla 13 - Evaluación de los puntajes de los factores motivacionales según el sexo de los profesionales, 2020.

Género de profesionales	factor motivacionale	Medidas		
		Media	Desvio de stander	Coef. De Variações
Feminino	Logro en el trabajo	3	5,7	1,9
	Relaciones personales	2	9,3	4,6
	Prestigio	2	9,3	4,6
	Estabilidad	3,3	15,1	4,5
Masculino	Logro en el trabajo	2,3	12,2	5,3
	Relaciones personales	1	5,3	5,3
	Prestigio	1,3	10,2	7,8
	Estabilidad	0,3	3,0	10

Fonte:Unidad de Pronta Atención (UPA- Brasil, 2020).

5.Condiciones de trabajo

En la presentación de los resultados, los conceptos se agruparon de la siguiente manera: Grande y bueno en bueno; Pobres y pobres en los pobres, con el concepto Regular como Regular. La evaluación se realizó en todos los turnos con 47 profesionales de la salud, 17 médicos y 8 enfermeras, 22 técnicos de enfermería, los resultados se presentaron de acuerdo con las categorías analizadas de análisis y cada pregunta en la categoría.

En la evaluación general de las condiciones de trabajo que ofrece la unidad de salud a los profesionales de la salud (Cuadros 14 y 15), se puede ver que el equipo y los suministros es la condición que tiene la peor evaluación en la unidad de emergencia, seguido de la comodidad y gestión y organización del trabajo. El apoyo de los medios diagnósticos y terapéuticos es la categoría analítica de las condiciones mejor evaluadas, según el número de profesionales.

Al analizar las preguntas que conforman las categorías de condiciones de trabajo que ofrece la unidad, se observa que, en relación con la comodidad, la peor evaluación entre todas las

preguntas es la comodidad como condición de trabajo, mientras que la calidad de la comida es la pregunta peor evaluada (66,7%), llama la atención debido a la mala evaluación con la cantidad de materiales y suministros proporcionados (75% de mala evaluación), y el número de profesionales técnicos en la unidad también tuvo una mala evaluación con (80%).

Según COFEN543(2017) Puede ver con esto que el dimensionamiento del personal de enfermería no se realiza dentro de las normas establecidas por una resolución que establece los parámetros mínimos para medir el número de profesionales de diferentes categorías de enfermería para los servicios y lugares donde se realizan actividades de enfermería.

En cuanto al soporte de equipos, cantidad y suministros para emergencias, el mantenimiento de los equipos es el peor problema evaluado con (75%), con respecto a la falta de materiales, se percibe que esto afecta la calidad de la atención. En relación con los medios diagnósticos y terapéuticos, la peor evaluación es en relación con el soporte de imagen con (77,8%) y el laboratorio con (62,5%), con este soporte de imagen y laboratorio deficiente, la conducta diagnóstica del médico es discapacitados y profesionales con dificultades en el manejo de casos de pacientes. En cuanto a la pregunta con una buena evaluación, el apoyo brindado por el banco de sangre tuvo una buena evaluación.

La gestión y organización del trabajo en emergencias en la unidad tiene una buena evaluación en relación con la organización del medio ambiente, la seguridad ofrecida por el hospital tuvo una mala evaluación (100%) y la cantidad de atención por turno (60,0%) Los problemas con la peor evaluación de los profesionales médicos. Donde algunos profesionales informaron que esta falta de seguridad aumenta el número de agresiones verbales contra el profesional cada día.

Tabla 14 - Evaluación de las condiciones de trabajo según médicos de urgencias, 2020.

Condiciones médicas de trabajo	Ruim		Regular		Bom	
	N	%	N	%	N	%
comodidades	2	9,0	4	18,1	16	72,9
Confort como condición de trabajo	1	11,1	2	22,2	6	6,7
Limpieza	0	0	0	0	1	100
Condiciones de descanso	1	10	2	20	7	70
Calidad de la comida	0	0	2	10	0	0
Equipo de entrada	14	63,3	8	29,0	6	27,7
Disponibilidad de equipo	2	10,5	13	68,4	4	21,1
Mantenimiento de equipos	0	0	1	33,3	2	66,7
Cantidades de materiales	0	0	0	0	0	0
Numero de Profesionales	1	4,5	6	27,2	15	68,3
Numero de doctores	0	0	1	11,1	8	88,9
Numero de enfermeras	0	0	0	0	6	100
Numero de tecnicos	1	14,2	5	71,5	1	14,2
Medios diagnósticos y terapéuticos	4	18,1	15	68,1	3	13,8
Soporte de laboratorio	1	16,6	4	66,8	1	16,6
Apoyo de banco de sangre	0	0	0	0	2	100
Soporte de servicio de imagen	3	21,4	11	78,6	0	0
Dirección de trabajo y organización	3	13,6	1	4,5	18	81,9
Organización del medio ambiente	0	0	1	9,0	3	60,0
Número de asistencia por turno	0	0	3	60,0	2	40,0
Carga de trabajo del turno de trabajo	0	0	2	40,0	3	60,0
Seguridad hospitalaria	7	100	0	0	0	0

Fonte:Unidad de Pronta Atención (UPA- Brasil, 2020).

Tabla 15 - Evaluación de las condiciones de trabajo según enfermeras de emergencia, 2020.

Condiciones de trabajo Enfermeras y técnicos de enfermería	Ruim		Regular		Bom	
	N	%	N	%	N	%
Conforto	16	50	8	25	8	25
Confort como condición de trabajo	6	40,0	5	33,3	4	26,7
Limpieza	4	44,4	3	33,4	2	22,2
Condiciones de descanso	0	0	1	33,3	2	66,7
Calidad de la comida	2	66,7	1	33,3	0	0
Equipo de entrada	18	56,3	10	31,2	4	
Disponibilidad de equipo	8	50,0	6	37,5	2	12,5

Mantenimiento de equipos	4	50,0	2	25,0	2	25,0
Cantidades de materiales	6	75,0	2	25,0	0	0
Numero de Profesionales	14	43,7	16	50,0	2	
Numero de doctores	2	16,6	8	66,8	2	16,6
Numero de enfermeras	4	40,0	6	60,0	0	0
Numero de técnicos	8	80,0	2	20,0	0	0
Medios diagnósticos y terapéuticos	10	31,2	15	46,8	7	
Soporte de laboratorio	10	62,5	2	12,5	4	25
Apoyo de banco de sangre	1	12,5	4	50,0	3	37,5
Soporte de servicio de imagen	7	77,8	1	11,1	1	11,1
Dirección de trabajo y organización	7	21,8	15	46,8	10	
Organización del medio ambiente	2	20,0	5	50,0	3	30,0
Número de asistencia por turno	1	11,2	4	44,4	4	44,4
Carga de trabajo del turno de trabajo	1	11,2	5	55,5	3	3,3
Seguridad hospitalarid	3	75,0	1	25,5	0	

Fonte: Unidad de Pronta Atención (UPA-Brasil, 2020).

6. Discusión

El personal de enfermería es predominantemente femenino, en el grupo de edad entre 21 y 34 años, una buena parte del estado civil y matrimonial de enfermería proviene de universidades locales privadas, la gran mayoría tienen títulos de posgrado y tienen un graduado entre 1 y 10 años. Desde un punto de vista profesional, tienen menos de 5 años de trabajo en la sala de emergencias, aunque hay un número considerable de técnicos de enfermería con 5 a 14 años de trabajo, la mayoría de los técnicos de enfermería tienen un vínculo municipal legal con el departamento de salud municipal con 79,2% y declara un ingreso mensual de hasta R \$ 4.000,00. Las enfermeras, por otro lado, tienen el vínculo legal más bajo con un 37,5% que declaran ingresos de hasta R \$ 5.000,00. Los médicos tienen un perfil ligeramente diferente, la mayoría son hombres, son adultos más jóvenes, están en el grupo de edad entre 35 y 44 años, la proporción de médicos casados es menor, también tienen una mayoría con el tiempo desde la graduación entre 5 y 14 años de edad, provienen de universidades privadas en otra región y tienen títulos de posgrado en el nivel de residencia o especialización. Tienen una mayor proporción de

médicos con menos de 5 años de trabajo en la sala de emergencias, tienen un contrato temporal con la unidad de salud y declaran un ingreso mensual más alto que las enfermeras, con un ingreso superior a R \$ 6,000.00. En otro estudio realizado en la ciudad de Salvador se observó que los médicos obtuvieron una buena remuneración por su trabajo, pero a expensas de una sobrecarga de trabajo, especialmente de servicio (Nascimento- Sobrinho et al., 2016).

A partir de estas características del perfil de los profesionales, se puede aprender que se caracterizan por ser jóvenes y bien entrenados, pero con poco tiempo desde su graduación y trabajando en emergencias, lo que debería ser responsable de una menor experiencia de los profesionales. Además, muestra la existencia de una alta rotación de profesionales en emergencias, entre los médicos esta rotación es aún mayor, un resultado compatible con el encontrado en relación con la "supervivencia" de profesionales en hospitales públicos.

Otra característica importante tanto de los médicos como del equipo de enfermería es la opción personal de trabajar en emergencias. Sin embargo, importante para una mayor motivación y compromiso para servir a la población, con el pago de propinas por el trabajo de servicio, en relación con los profesionales de cuidado diurno y en relación con otros hospitales es menor, está claro que realmente les gusta y se dedican La profesión para una mayor opción en el trabajo en estas emergencias. Sin embargo, como la bonificación no se establece en términos de productividad o calidad del trabajo, no es posible establecer una relación directa con la calidad de la atención.

En un estudio realizado en un Hospital Público sobre el papel del pago de incentivos financieros para los empleados, la adopción de una política de evaluación del desempeño y una reestructuración gerencial completa para la calificación de la asistencia, presentó algunos resultados objetivos para la mejora de algunos indicadores como reducción del absentismo,

agilidad en la realización de pruebas de laboratorio urgentes y una mejora notable en la calidad de los registros médicos en todas las unidades de atención del hospital (Cecílio et al., 2012).

En la evaluación de las motivaciones para el trabajo, el desempeño laboral se evidenció como el factor motivacional más importante para los médicos y la enfermería. Como este factor se refiere a la búsqueda del placer y la realización personal y profesional, así como a la independencia del pensamiento y la acción en el trabajo a través de la autonomía intelectual y la creatividad, se puede concluir que están altamente motivados en el desempeño de sus funciones. La importancia del "trabajo en sí mismo" en la motivación humana y sus implicaciones en el resultado del trabajo también se identificó como la categoría más citada en la investigación realizada (Pereira & Fávero, 2011).

La alta valoración dada también por los profesionales a los factores de las relaciones sociales y la estabilidad revela que los profesionales consideran que tienen una contribución positiva a la sociedad a través del trabajo, que construirán buenas relaciones sociales en el entorno laboral y que su trabajo de emergencia también es importante. medios para satisfacer materialmente las necesidades personales. En otro estudio que utilizó el mismo instrumento metodológico, concluyeron que el logro profesional y la estabilidad eran los valores laborales transmitidos de los padres a sus hijos y que estos factores motivadores resaltan la importancia del éxito profesional basado en éxito del trabajo e independencia y satisfacción de las necesidades materiales (Porto et al ., 2016).

Como el factor de prestigio tenía la menor relevancia como factor motivacional para el trabajo y este factor motivacional se refiere a la búsqueda de autoridad, éxito profesional y poder de influencia en el trabajo, es evidente que los profesionales entienden que hay poco reconocimiento de su trabajo. desarrollado, un resultado similar al estudio de motivación del

equipo de enfermería en una unidad de cuidados intensivos en el que el 46% de los profesionales no se sienten reconocidos en las unidades (Melara et al ., 2016).

Por lo tanto, tenemos un perfil predominante entre los profesionales con una gran motivación para el trabajo porque entienden la relevancia, la importancia para la sociedad, en su convivencia con colegas y para su supervivencia, pero se dan cuenta de que su trabajo no se valora como debería ser sociedad. La motivación para el trabajo de los profesionales de la salud también se evidenció en el estudio donde se descubrió que estos profesionales estaban más motivados que los empleados del banco y que se asociaría con mayores expectativas de los profesionales de la salud. El espacio para ejercer independencia profesional, autoexpresión y responsabilidad marca la diferencia (Alves Filho & Borges, 2011).

La evaluación realizada por los profesionales médicos que trabajan en la unidad de emergencia en relación con las condiciones de trabajo ofrecidas en la unidad donde se llevó a cabo la investigación para que obtuvieran un puntaje bueno, regular o malo. Convenientemente, el 66,7% de los profesionales dijo que era buena comodidad y conveniencia. En la cantidad de personal médico disponible por sectores y turnos, el 68.4% mencionó regularmente, todavía hay una falta de profesionales médicos para que puedan trabajar con facilidad proporcionando una buena asistencia y tengan más tiempo para hablar con el paciente. Los médicos mencionaron que es malo que 14.2 de los profesionales carezcan de profesionales en los sectores y que esto dificulta la conciliación de los procedimientos en los pacientes y que la espera para el paciente se hace más larga, con lo que la atención puede disminuir la calidad.

En relación con el soporte de diagnóstico, tales como: laboratorio, banco de sangre, rayos X y sector de imágenes, el sector de imágenes tuvo la peor calificación con el 21.4% de los profesionales que mencionaron en las entrevistas que falta el servicio y, cuando se solicitó,

demora en realizarse y el resultado también tiene una expectativa significativa de que esto crea una relación tumultuosa con la espera de los pacientes.

En cuanto a la organización del trabajo mencionada por los profesionales de enfermería, la mayoría con 60.0%, mencionó que los sectores están organizados y equipados, pero el tema de la comodidad de la hospitalidad en un ambiente de descanso tuvo una nua mala con el 100% de acuerdo en que debe haber mejoras .

El profesional de enfermería es una de las herramientas esenciales en la atención al paciente, y uno de los equipos más grandes que tiene un salario mal pagado en todo el país, se da cuenta de que estos profesionales tienen horas excesivas y son mal pagados y pocos reconocidos.

6. OBSERVACIÓN DEL INVESTIGADOR: Las Condiciones Ofrecidas a Los Usuarios Y La Organización De La Unidad De Atención De Emergencia.

6.1 Introduccion

Evaluar las condiciones ofrecidas y la organización de las unidades de emergencia requiere que quienes lo hagan tengan la perspectiva de quienes las realizan. Las observaciones realizadas por el investigador tienen como perspectiva y centralidad a los usuarios de asistencia urgente y de emergencia. Para rescatar la perspectiva de los usuarios y, a partir de ahí, redimensionar la centralidad de este objeto de trabajo, el sujeto humano que constituye (o debería constituir) el eje central del trabajo médico y de salud, es una condición vital para el cambio de la relación entre profesionales y usuários (Tamayo et al., 2015).

No reconocer la centralidad de los usuarios conduce a la brutalización y la falta de respeto por los derechos de los usuarios ciudadanos. Hacen un informe extremo de esta situación, quienes, en un estudio antropológico, investigan la experiencia humana de hospitalización desde el punto de vista del paciente ingresado en un hospital público, donde la mayoría (83,6%) de los eventos fue interpretado como "desprecio" y "humillación". "Lejos de promover la salud, la

hospitalización a menudo resulta en sufrimiento, debido al abuso de poder, la discriminación y la desmoralización" (Deslandes, 2012).

La centralidad de los usuarios requiere cambios que no deberían limitarse a la relación entre profesionales y usuarios, sino también un cambio entre los servicios y el sistema de salud con los usuarios. La organización de la atención de emergencia puede presentar evidencia de esta brutalización y falta de respeto por los derechos de las personas, así como las condiciones de trabajo que provocan el estrés de los profesionales en consecuencia, una mala calidad de la atención (Batista & Biachi, 2016).

Evaluar las condiciones que ofrece la unidad de atención de emergencia a los usuarios a través de la observación de quien investiga permite al investigador formular su propia evaluación del objeto de investigación, es decir, permite que el investigador sea también el protagonista, el sujeto, de la evaluación. Esta opción es aún más sólida ya que los sujetos (trabajadores) y los objetos (usuarios) de la acción de atención de emergencia también participan en la evaluación de la calidad de la atención, como se vio en los capítulos anteriores.

Además de las habilidades de habla y audición empleadas en las entrevistas, la observación es otra habilidad diaria que se sistematiza metodológicamente y se aplica en la investigación cualitativa. La observación se convierte en una técnica científica en el sentido de que: sirve a un objetivo de investigación formulado; se planifica sistemáticamente; está sistemáticamente registrado y vinculado a proposiciones más generales, en lugar de presentarse como un conjunto de curiosidades interesantes y está sujeto a controles y controles de validez y precisión (Batista & Bianchi, 2016).

Una de las condiciones fundamentales para observar bien es limitar y definir con precisión lo que desea observar. Esto asume tanta importancia en la ciencia, que se convierte en una de las condiciones esenciales para garantizar la validez de la observación . Distingue cuatro

formas principales de observación de individuos: observación sistemática, observación vinculada a la entrevista, observación participante y observación libre, que se distinguen por la distancia entre el investigador y la acción que se desarrolla. En general, esta forma de observación es un enfoque del campo observado que comienza desde una perspectiva externa. Por lo tanto, debe aplicarse principalmente en la observación de espacios públicos, en los que el número de miembros no puede ser limitado o definido. Además, es un intento de observar los eventos a medida que ocurren naturalmente. Todavía hay dudas sobre la medida en que se puede lograr este objetivo, porque, en cualquier caso, el acto de observación influye en lo observado (Flick, 2014).

Para minimizar la influencia de la presencia del observador, dado que no es posible omitir su acción de observación, es necesario asegurarse de que lo observado no se sienta amenazado. Para esto, el observador debe explicar y difundir la investigación previamente, para ganar la cooperación de lo observado. Los registros de observación sistemática a menudo se realizan a partir de guiones y categorías predefinidas, de acuerdo con el objeto y el objetivo del estudio. En cualquier proceso de observación sistemática, debemos considerar los siguientes elementos (Salvador, 2018):

- a) Por qué observar (refiriéndose a la planificación y registro de la observación);
- b) Para qué observar (objetivos de observación, definidos por el interés de la investigación);
- c) Cómo observar (instrumentos utilizados para la observación);
- d) Qué observar (el campo de observación) y
- e) Quién observa (sujeto de observación: el observador).

Estos ítems tienen la intención de indicar que la observación sistemática:

1. Debe planificarse, mostrando con precisión cómo debe hacerse, qué datos registrar y cómo registrarlos;

2. Su objetivo es obtener información de la realidad empírica, con el fin de verificar las hipótesis que se plantearon en la investigación. Por lo tanto, es necesario indicar qué información realmente interesa la observación;

3. Para obtener esta información es necesario usar un instrumento: qué instrumento usar y cómo aplicarlo para obtener exactamente la información deseada;

4. Es necesario indicar y limitar el "área" de la realidad empírica donde la información puede y debe obtenerse;

5. Es necesario que el observador sea competente para observar y obtener los datos de manera imparcial, sin contaminarlos con sus propias opiniones e interpretaciones.

8. Metodología De Observación

8.1 Desarrollo De Instrumentos De Observación.

La observación propuesta por este estudio buscaba percibir la calidad del servicio brindado a través de la evaluación de las condiciones objetivas y las regulaciones encontradas en el entorno de servicio en la unidad de atención de emergencia y fue otra técnica de investigación complementaria al proceso de evaluación. Se utilizó un método de observación sistemática más objetivo como método de recolección de datos, con una tabla y un guión para completar los eventos observados.

Para su realización, las dimensiones y preguntas que podrían evaluarse a partir de la observación del medio ambiente se identificaron en la Matriz para la elaboración de los instrumentos de investigación, y luego se construyeron los guiones de observación.

La observación sistemática sobre la existencia o no de condiciones adecuadas para una atención de calidad, en puntos críticos de las unidades de emergencia, tenía dos tipos de enfoques: uno más objetivo, con preguntas cerradas y otro de carácter subjetivo, con preguntas

abiertas para ser observadas investigador que realiza la investigación. El primer enfoque para la observación sistemática (APÉNDICE F) se dividió en dos bloques de preguntas:

-Observaciones generales sobre la organización del trabajo y el entorno y la medición de los tiempos de espera.

- En general, se hicieron observaciones en relación con:
- Existencia de signos que facilitan el movimiento del usuario sin asistencia;
- Divulgación clara de las especialidades ofrecidas por la unidad de salud al usuario;
- Existencia de alojamiento para acompañantes;

Limpieza inmediata en presencia de vómito, sangre, orina, agua u otros desechos. Para la recopilación de observaciones generales, se señaló una señal de sí o no de acuerdo con la existencia de las condiciones investigadas, estructurando así el instrumento de recopilación de datos:

OBSERVACIONES GENERALES	SI	NO
Los entornos hospitalarios están bien señalizados: (Considere Sí si los sectores de la unidad están indicados por letreros con letreros que son fáciles de ver y comprender)		

El investigador midió los tiempos de espera, durante los turnos de día y de noche, y evaluó:

- a. Tiempo de espera desde la llegada del paciente hasta que él / ella ingrese a la unidad de salud;
- b. Espere el tiempo para que el paciente ingrese hasta que lo vea el médico o la enfermera;
- c. Tiempo de espera para realizar pruebas de imagen (rayos X, ultrasonido, electrocardiograma, medidos por separado);
- d. Laboratorio: sangre y orina (tiempo entre solicitud y recolección, y tiempo entre solicitud y entrega).El instrumento de recolección de datos fue estructurado de la siguiente manera:

MEDIDA DE TIEMPOS DE ESPERA DIA	Usuário 1		Usuário 2	
	Hora	Min	Hora	Min
Tiempo de espera para realizar exámenes de imágenes (comience la medición desde el tiempo registrado en la solicitud del examen, hasta el momento de ingresar a la sala para realizar el examen).				
Raio X				
Eletrocardiograma				
Ultrasonografía				

El segundo enfoque, ya que era más complejo en su observación, fue llevado a cabo por el investigador porque exigían una mayor experiencia en la vida diaria de la Unidad de Atención de Emergencia, además de una inserción en el debate teórico de las dimensiones evaluadas en este estudio. Para este propósito, el investigador preparó un guión de observación para completarlo (ANEXO VII), además de las notas en el diario de campo sobre las siguientes preguntas:

- Existencia de un equipo multiprofesional que garantiza una atención integral cuando llega el paciente;
- Política de recepción adoptada por la emergencia;
- Implementación de la evaluación de riesgos clasificatoria para definir la prioridad del servicio;
- Existencia de derivar al paciente a otro servicio de manera responsable y formal;
- Información al usuario del tiempo promedio de espera para asistencia.

8.2 Colección de observaciones

Las observaciones sistemáticas realizadas por el investigador se recopilaron una durante el día y la otra durante la noche, todos los días de la semana, es decir, catorce observaciones, cuarenta y dos sesiones de observación en total. Estas observaciones consisten en la percepción

de las condiciones generales que ofrece la unidad de salud y la medición de los tiempos de espera, como se vio anteriormente en la preparación de los instrumentos de recolección.

Para observar los tiempos de espera para ingresar a la emergencia, de acuerdo con un cronograma previamente organizado, cada observador en su turno de observación, eligió aleatoriamente, en la recepción, dos usuarios y observó el tiempo transcurrido desde su llegada hasta la entrada de la unidad. La segunda medición del tiempo de espera fue el período entre el momento en que el usuario ingresó a la unidad y el tiempo hasta que fue atendido por el médico o la enfermera. Con respecto a los exámenes de imágenes, los observadores se quedaron en el lugar donde se realizaron los exámenes de rayos X, ultrasonido y electrocardiograma, observando la partida de los pacientes que se sometieron a los exámenes, anotando la hora de la solicitud del examen, la hora de salida y el tiempo transcurrido. entre ordenar y tomar el examen.

Con respecto a las pruebas de laboratorio, se realizaron dos observaciones, en la primera, los observadores siguieron la recolección del laboratorio, señalando el momento de la solicitud y el momento de la recolección, haciendo el cálculo del tiempo transcurrido entre la solicitud y la recolección del examen. En el segundo, se observó el tiempo de entrega de los resultados por parte del laboratorio para calcular el tiempo transcurrido entre la solicitud y la entrega de los resultados. Realizó las mediciones de los tiempos de atención de dos pacientes para cada examen, en diferentes turnos (día y noche), siete días a la semana, totalizando 42 observaciones para cada uno de los tiempos de espera medidos. Nuevamente, estos tiempos no tenían que corresponder a los mismos usuarios.

La colección de observación realizada por el investigador tuvo un carácter más subjetivo, la observación de la política de calificación emprendida por la emergencia, y requirió una mayor acumulación teórica por parte del observador. Estas observaciones realizadas en cada una de las habitaciones de la unidad se realizaron en forma de informes de las observaciones y completando

el diario de campo para preparar el informe final de acuerdo con el guión elaborado (APÉNDICE G) y las notas en el diario de campo (DC).

8.3 Plan De Análisis De Observación

El análisis de la observación, sobre las condiciones ofrecidas por las unidades, se realizó con respecto a:

- Dimensiones cualitativas;
- Observaciones generales sobre la organización del trabajo y el medio ambiente;
- Medición de tiempos de espera.

Se evaluaron dos dimensiones cualitativas, el respeto a los derechos de los usuarios y la recepción. Con respecto al respeto de los derechos de los usuarios, se evaluaron los siguientes:

- Garantía de alojamiento para acompañantes; y limpieza del medio ambiente.
- En relación con la conducta de bienvenida del servicio, se hicieron observaciones sobre:
- Existencia de un equipo multidisciplinario para la recepción;
- Evaluación del paciente a su llegada;
- Acceso al servicio de acuerdo a la gravedad del caso;
- Información de tiempos de espera para usuarios;
- Presencia de signos que garanticen la autonomía de la movilidad de los usuarios; y
- Mensaje de tiempos de espera.

Los resultados se presentarán en dos grandes bloques: informe de las observaciones de emergencias por parte del equipo de investigación y evaluación de los tiempos de espera. El informe de observación se subdividió en:

- a) recepción;
- b) Implementación y organización de la emergencia según la clasificación de riesgos.
- c) responsabilidad ante los usuarios;

- d) Señalización y difusión de especialidades;
- e) ropa de hospital;
- f) Acompañamiento para un acompañante;
- g) Limpieza del medio ambiente.

Para el análisis de los tiempos de espera, los resultados obtenidos en su medición se agruparon en franjas horarias según el grado de dificultad para su desempeño o según el grado de riesgo y complejidad del examen. Los tiempos de espera también se muestran con sus tiempos mínimo, promedio y máximo, la cuantificación de la variación de las observaciones se realizó mediante el cálculo de la desviación estándar.

8.4 Resultados De Las Observaciones

8.4.1 Notificación De Observaciones De Emergencia.

a) Recepción

El equipo de recepción de emergencias de la unidad de atención de emergencias cuenta con dos profesionales: una recepcionista, una enfermera, que trabajan durante el día y la noche todos los días.

En esta emergencia, el equipo de recepción brinda orientación a los usuarios cuando llegan al servicio, buscando minimizar los conflictos con los acompañantes y ayudando a los pacientes a recorrer los sectores de la unidad que necesitan someterse a algún procedimiento o examen. En la orientación brindada a los pacientes mientras esperan atención, se les informa sobre los tiempos de espera de acuerdo con su grado de riesgo. No hay indicación visual de los tiempos de espera.

b) Implementación y organización de la emergencia según la clasificación de riesgos.

Hay dos entradas a la unidad, una para todos los tipos de atención y grados de riesgo con atención y grado de riesgo, una para el eje rojo donde los pacientes más gravemente enfermos

tienen acceso directo a la sala de estabilización, donde la mayoría llega en ambulancia. La enfermera realiza la clasificación de riesgos en una habitación adecuada de 7 am a 7 pm, todos los días de la semana. La enfermera hace la primera cita clasificando a los pacientes por grado de riesgo, colocando una pegatina en los cuadros de acuerdo con la clasificación, roja para alto riesgo, teniendo que tener cuidado inmediato; naranja 10 minutos, amarillo para el paciente que puede esperar hasta 30 minutos; verde para el paciente que puede esperar hasta 60 minutos y azul para aquellos que pueden esperar hasta 3 horas. Según esta clasificación, el paciente es tratado por el médico clínico, que se encuentra en una habitación contigua a la habitación de la enfermera.

Las observaciones realizadas mostraron que en el área roja se llama unidad de atención de traumatología y recibe pacientes que son víctimas de armas de fuego, armas de fuego, accidentes de tráfico, quemaduras graves, intoxicación y sospecha de infarto agudo de miocardio. Se observó que después de colocar los adhesivos según el grado de riesgo, no hay espacios físicos exclusivos según el grado de riesgo. Solo hay un espacio exclusivo para los pacientes después de ser visto por el médico, donde definirá su tratamiento, en caso de medicación después del alta, el paciente se remitió a la sala de medicamentos (recuadro), en caso de una mayor observación, el paciente se refirió habitación amarilla donde permanecerá hasta que realice las pruebas y defina el tratamiento. Pacientes serios o aquellos que requieren actitudes inmediatas y son referidos a la sala roja donde recibirán apoyo avanzado, en estos espacios existe la incorporación tecnológica adecuada para la atención.

Se puede observar, a través de las declaraciones de las enfermeras, que existe un desaliento en la continuidad de llevar a cabo la clasificación de riesgos debido a la insuficiencia de las enfermeras para componer el equipo adecuadamente. Otra observación es que, en su opinión, la gran mayoría de los médicos no atiende al paciente si no es atendido por la enfermera

de clasificación, y esto es importante para la profesión de la enfermera y es posible observar la calidad de la atención brindada al paciente.

c) Responsabilidad ante los usuarios

En emergencias, los casos que no se pueden resolver en esta unidad, se redirigen a través de un formulario para este propósito completado por el Doctor. El paciente es derivado a otra unidad de salud a través del centro de regulación SAMU y transportado a otro servicio donde se puede resolver su problema. Cuando no hay indicaciones para referirlo a otra unidad especializada y no es una emergencia, solo se brinda orientación para buscar otra unidad básica de salud en su vecindario.

d) Señalización y difusión de especialidades.

No hay divulgación de las especialidades médicas ofrecidas.

e) Ropa de hospital

En la observación de emergencias, se encontró que los pacientes no usan ropa, permanecen con su propia ropa.

f) Persona acompañante

Solo un paciente menor de 18 años y una persona mayor pueden asistir a la sala de emergencias, en la sala roja no se permite acompañante, hay un momento para visitar el mismo.

g) limpieza del medio ambiente

Durante el día, se realizaron 14 observaciones sobre la limpieza inmediata en el medio ambiente (Tabla 1), en 5 no hubo limpieza. Por la noche, en 10 de las 14 observaciones realizadas, no se realizó una limpieza inmediata en presencia de líquidos y residuos en el medio ambiente.

Tabla 1 - Observaciones de limpieza inmediata en presencia de residuos en la unidad de atención de emergencia, 2020.

Limpieza inmediata en presencia de vómito, sangre, orina, agua u otros desechos en el medio ambiente.		Sala de Medicación		Sala Amarilla		Sala rojo	
		Si	No	Si	No	Si	No
Observación	durante el día	4	3	1	1	1	1
	Durante el noche	1	5	1	3	2	2
Total		5	8	2	4	3	3

Fonte: Unidad de Pronta Atención (UPA-Brasil, 2020).

8.5 Evaluación De La Medición De Tiempos De Espera.

Al analizar la medición de los tiempos de espera en relación con el acceso a emergencias (Tabla 2), se observa que durante el día el 8,3% de los pacientes pueden ingresar a los hospitales en los primeros 5 minutos, sin embargo, el 16,8% de los pacientes tardan más de 20 minutos en acceder a la unidad, con un tiempo promedio de 15 minutos ($SD = 3.43$) con un mínimo de espera para acceder a la unidad por la noche es mucho más corto que durante el día. La gran mayoría de los pacientes (61,9%) tardan menos de 2 minutos en ingresar al hospital y solo 2 pacientes (5%) pasan más de 20 minutos para garantizar el acceso a la unidad de salud, con un tiempo de acceso promedio durante este turno 23 minutos ($DE = 5,17$) con un rango de 26,75 a 23 minutos. Se observo que el tiempo de espera es más largo que durante el día. de 5 minutos y un máximo de 34 minutos. Entre llegada y servicio. El estudio demsotra que la asistencia durante la jornada tiene una mayor agilidad y calidad de acuerdo a las respuestas de los entrevistados.

Tabla 2 - Tiempo de espera desde la llegada del paciente a su atención, segundo turno en la unidad de atención de emergencia, 2020.

Turno	Tiempo de Espera (minutos)	N	%
Durante el día	hasta 5	5	8,3
	+ de 5 hasta 10	11	18,3
	+ de 10 hasta 20	34	56,6
	+ de 20	10	16,8
	Total	60	100
	Medio	24	
Mínimo	5		
Máxima	34		
Desviación estándar	3,43		
Durante el noche	hasta 5	9	22,5
	+ de 5 hasta 10	23	57,5
	+ de 10 hasta 20	6	15
	+ de 20	2	5
	Total	40	100
	Medio	16	
Mínimo	2		
Máxima	23		
Desviación estándar	5,17		

Fonte: Unidad de Pronta Atención (UPA- Brasil, 2020).

En cuanto al tiempo de espera de los pacientes para la primera visita de un médico o enfermera (Tabla 3), se observa que durante el día el 45% de los pacientes pasan de 40 a 60 minutos para ser atendidos, el 21.7% tarda más de 60 minutos para asistencia, presentando un tiempo promedio de 15 minutos ($SD = 2.5$).

Por la noche, se observa que hay una espera más corta para la primera cita en relación con el día, la mayoría de los pacientes (25%) esperan entre 20 y 40 minutos para ser atendidos. Sin embargo, el 65% se ve en los primeros 40 minutos y solo el 10% tiene un tiempo de espera superior a 60 minutos. Hubo un tiempo de espera promedio para la atención nocturna similar al día (25 minutos) con una desviación estándar de 6.2, que varía entre 4 minutos y 1 hora y 20 minutos desde las visitas de la unidad.

Tabla 3 - Tiempo de espera desde la llegada del paciente hasta que lo vea el médico o la enfermera, 2020.

Turno	Tiempo de Espera (minutos)	N	%
Durante el día	hasta 20	5	8,3
	+ de 20 hasta 40	15	25
	+ de 40 hasta 60	27	45
	+ de 60	13	21,7
	Total	60	100
	Medio	24	
	Mínimo	5	
Durante el noche	Máxima	27	
	Desviacion estander	2,5	
	hasta 20	12	30
	+ de 20 hasta 40	14	35
	+ de 40 hasta 60	10	25
	+ de 60	4	10
	Total	40	100
Medio	16		
Mínimo	4		
Máxima	14		
Desviacion estander	3,7		

Fonte:Unidad de Pronta Atención (UPA Brasil, 2020).

La evaluación de los tiempos de espera para las pruebas de laboratorio se realizó midiendo el tiempo entre la solicitud y la recolección de la prueba y el tiempo entre la solicitud y la entrega del resultado, que es el tiempo total para recibir la prueba y, por lo tanto, posibles cambios en la conducta clínica como resultado de estos resultados. En cuanto al tiempo entre la solicitud y la recolección de las pruebas de laboratorio (Tabla 4), los resultados demuestran que durante el día, el 83.4% de los pacientes tienen más de 60 minutos para la recolección de laboratorio y solo el 5% realiza la recolección en hasta 40 minutos, no se mostró servicio de datos con recolección de menos de 20 minutos. Tiene un tiempo promedio de 1 hora y 16 minutos (SD = 1.8) y un tiempo de espera máximo de 240 minutos.

Asimismo, en la noche, el 27.5% de los pacientes esperan más de 40 minutos para la recolección de laboratorio, con un tiempo promedio de 60 minutos ($DE = 1.1$). Tiene el tiempo promedio más corto para recoger el examen en el período nocturno que en el período del día.

Tabla 4 - Tiempo de espera entre la solicitud y la recolección de pruebas de laboratorio, de acuerdo con el turno de trabajo y las emergencias, 2020.

Turno	Tiempo de Espera (minutos)	Pronto del emergência	
		N	%
Durante el día	hasta 20	0	0
	+ de 20 hasta 40	3	5
	+ de 40 hasta 60	7	11,6
	+ de 60	50	83,4
	Total	60	100
	Medio	24	
	Mínimo Máxima Desviacion estander	50	
Durante el noche	Hasta 20	3	7,5
	+ de 20 hasta 40	8	20
	+ de 40 hasta 60	11	27,5
	+ de 60	18	45
	Total	40	
	Medio	16	
	Mínimo Máxima Desviacion estander	3 18 1,1	

Fonte:Unidad de Pronto Atención (UPA- Brasil,2020).

Al analizar el tiempo total para recibir los resultados de las pruebas de laboratorio, es decir, entre la solicitud y la entrega de los resultados de laboratorio (Tabla 5), parece que el 48.3% de los pacientes durante el día tuvieron un tiempo mayor a 5 horas. para la entrega de resultados de prueba y tiene una desviación estándar ($SD = 5.1$). Por la noche, el 55% de los resultados tienen hasta 3 horas para realizar pruebas de laboratorio. Tiene una desviación estándar de ($SD = 4.7$), con un tiempo mínimo de 1 minuto y un tiempo máximo de 5 horas.

Tabla 5 - Tiempo total de espera para recibir los resultados de las pruebas de laboratorio según el turno de trabajo y la unidad de emergencia, 2020.

Turno	Tiempo de Espera (horas)	Pronto del emergencia	
		N	%
Durante el día	hasta 1	3	5
	+ de 1 hasta 3	10	16,7
	+ de 3 hasta 5	18	30
	+ de 5	29	48,3
	Total	60	100
	Medio	15	
	Mínimo	3	
Máxima	29		
Desviacion estander	5,1		
Durante el noche	hasta 1	5	12,5
	+ de 1 hasta 3	22	55
	+ de 3 hasta 5	10	25
	+ de 5	3	7,5
	Total	40	100
	Medio	10	
	Mínimo	3	
Máxima	22		
Desviacion estander	4,7		

Fonte:Unidad de Pronta Atención (UPA- Brasil,2020).

Con respecto al tiempo para realizar los exámenes de rayos X (Tabla 6), se observa que durante el día la mayoría de los pacientes, 58.3%, realizan el examen dentro de una hora, presentando un tiempo promedio para realizar el examen. 21 minutos (SD= 41.0) y un máximo de 2 horas y 24 minutos.

Entre las emergências el que tiene el menor tiempo de espera, el 57.1% de los pacientes se someten a rayos X en un máximo de 20 minutos durante el día, mientras que en el 50% tarda más de 1 hora. Por la noche, el tiempo de espera para las radiografías es más corto que durante el día, el 61.9% realiza el examen en hasta 40 minutos, con un tiempo promedio de 47 minutos (SD = 42.4), sin embargo máximo de 3 horas y 20 minutos. A diferencia del período diurno, que tiene el menor tiempo de espera para las radiografías, el 78.1% tarda hasta 40 minutos.

Tabla 6 - Tiempo de espera para el examen de rayos X, según turno de trabajo y emergencias, 2020.

Turno	Tiempo de Espera (minutos)	Pronto del emergência	
		N	%
Durante el día	hasta 20	2	3,3
	+ de 20 hasta 40	13	21,7
	+ de 40 hasta 60	35	58,3
	+ de 60	10	16,7
	Total	60	100
	Medio	21	
	Mínimo	3	
Máximo	58		
Desviacion estander	7,7		
Durante el noche	hasta 20	-	0
	+ de 20 hasta 40	5	9,3
	+ de 40 hasta 60	8	13,3
	+ de 60	27	67,4
	Total	40	100
	Medio	20	
	Mínimo	1	
Máxima	45		
Desviacion noche	8,7		

Fonte:Unidad de Pronta Atención (UPA- Brasil,2020).

Al analizar el tiempo de espera para realizar la ecografía (Tabla 8), se observa que el 25% de los pacientes se someten al examen en 3 horas. El tiempo de espera es mayor, el 33.4% de los pacientes tardan más de 6 horas en realizar el examen, este resultado influye en el tiempo promedio general para realizar el examen (9 horas y 13 minutos).

Tabla 8 - Tiempo de espera para la ecografía, según emergencias, 2020.

Tiempo de Espera (horas)	Pronto del emergencia	
	N	%
Ate 1	2	3,3
+ de 1 até 3	15	25
+ de 3 até 6	23	38,3
+ de 6	20	33,4
Total	60	100

Médio	0,25
Mínimo	0,33
Máxima	0,38
Desviacion estander	4,7

Fonte:Unidad de Pronta Atención (UPA- Brasil,2020).

9. Discusión

La clasificación de riesgos en la atención de emergencia es una tecnología que se originó en situaciones de guerra. A partir de la década de 1950, se desarrollaron modelos de estratificación de riesgos y, en consecuencia, se ordenó el flujo de la puerta de emergencia según el grado de riesgo. Las principales propuestas para la clasificación de riesgos son los modelos de Australia, Canadá, Manchester y América. En Brasil, desde la década de 1990, defendieron la propuesta de recepción en las unidades de salud como una estrategia para la humanización de las relaciones entre los trabajadores y el servicio de salud con sus usuarios. La bienvenida establece el proceso de trabajo centrado en el interés del usuario, constituyendo, por lo tanto, tecnología para la reorganización de los servicios, con miras a garantizar el acceso universal, la resolución y la humanización de la atención. El Programa Nacional de Humanización se volvió político y, junto con la Política Nacional de Calificación de Atención Médica – Quali-SUS, lanzaron el alojamiento con clasificación de riesgo, combinando la experiencia de hospedaje con el propuesta para la clasificación de riesgos desarrollada por el Modelo canadiense como una propuesta inseparable para la humanización de la asistencia de emergência (Brasil, 2011).

Por lo tanto, esta es la gran herramienta adoptada en todo el mundo para la reorganización de la atención de emergencia, un punto crítico en la evaluación de la calidad de los sistemas de salud. A pesar de que estos hospitales en Pernambuco fueron objeto de la implantación de Quali-SUS, la recepción con clasificación de riesgo en emergencias se caracterizó por una disociación

entre la recepción y la clasificación de riesgo. la implantación de la Clasificación de Recepción con Riesgo presupone la recepción realizada por todos los profesionales de la salud, y debe traducirse en la calificación de la producción de salud, complementando con la responsabilidad de las derivaciones realizadas y la brevedad y el soporte técnico para la atención basada. El grado de riesgo.

En un estudio sobre la acogida de pacientes y familias, con un diagnóstico clínico de infarto agudo de miocardio, destaca la importancia de la bienvenida para mejorar la calidad de la atención, argumentando que la bienvenida debe dejar de ser un problema de recepción y convertirse en convertirse en el objeto de la práctica de todo el equipo de salud. En otro trabajo sobre la implementación de la propuesta de bienvenida en todo el sistema municipal de salud, destaca la transversalidad de la bienvenida en la asistencia: “Por lo tanto, 'recibir' es más que un examen calificado o un 'escucha interesada', presupone un conjunto formado por actividades de escucha, identificación de problemas e intervenciones resolutivas para hacerles frente, ampliando la capacidad del equipo de salud para responder a las demandas de los usuarios, reduciendo la centralidad de las consultas médicas y aprovechando mejor el potencial de otros profesionales ” (Salvador, 2018).

Se evidenció una organización de espacios y asistencia según el grado de riesgo, así como una priorización de camas de hospital para la puerta de emergencia y la progresión natural de la atención de emergencia, que es la estabilización del paciente en la emergencia y su posterior hospitalización. para cirugía, hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos u hospitalización en las salas, sin esto inevitablemente habrá hacinamiento de emergencias y deshumanización de la atención.

A pesar del reconocimiento de la importancia estratégica de dar la bienvenida a la clasificación de riesgos, se observó que los profesionales de emergencias se adhirieron a la

propuesta, en particular las enfermeras y los médicos, "justificados" por la falta de enfermeras y la preocupación de los médicos con la propuesta. Como esta era la percepción obtenida de las enfermeras y médicos profesionales, se evidencia la importancia de acoger y clasificar los riesgos en las unidades de emergencia, lo que demuestra la conciencia, la capacitación y la adhesión de enfermeras y médicos a la implementación de la bienvenida con clasificación de riesgos en emergencias. Un problema similar detectado en el informe de la implementación de la clasificación de riesgos en un servicio de emergencia, donde los autores advierten sobre dos aspectos importantes que deben abordarse con cuidado y responsabilidad, la resistencia inevitable por parte de los profesionales que trabajan en el servicio de emergencias, como siempre sucede, cuando se introducen nuevos conceptos que requieren cambios en los paradigmas y la capacitación de profesionales para realizar la recepción con clasificación de riesgo (Albino et al., 2017).

La eficiencia de la limpieza del hospital fue bastante deficiente en las tres salas de atención en la unidad de emergencia, especialmente en la noche, lo que no corresponde a la evaluación de la satisfacción del usuario en relación con la limpieza realizada por este estudio.

La rendición de cuentas a los usuarios no se limitó a las derivaciones internas a la clínica o las pruebas en la propia unidad de salud. En emergencias, la institucionalización del Centro de Regulación de Camas se hizo evidente como un mecanismo para transferir pacientes a otros hospitales. Estos resultados muestran que, a pesar de los problemas, la emergencia es una puerta de entrada al sistema de salud que acoge desde el punto de vista del acceso y resuelve el problema de salud.

El acceso de emergencia también se evaluó a través del tiempo de espera para ingresar a la unidad de salud y refleja la acogida, la capacidad de la unidad para aliviar el sufrimiento del usuario, la responsabilidad y la forma en que se organiza la unidad de atención de emergencia.

recibe a tus usuarios. Los tiempos de espera encontrados refuerzan los resultados anteriores. Donde más del 61.9% de los usuarios tardan un máximo de 2 minutos en ingresar a la unidad.

El mejor tiempo de espera promedio general desde la llegada del paciente hasta su asistencia por la noche, 25 minutos, durante la espera diurna y más, puede justificarse por la mayor demanda de servicios de emergencia durante el día, un resultado también encontrado en el acceso a la unidad de atención y atención especializada. Un alto tiempo de espera promedio para la primera cita de un médico o enfermera (60 minutos durante el día y 40 durante la noche) muestra la existencia de un gran volumen de pacientes con problemas de baja complejidad que saturan el horario de los profesionales en estas emergencias. La llegada de un mayor número de casos más graves a la unidad requiere una mayor agilidad para el tratamiento de casos graves y, en consecuencia, un tiempo de espera más corto para realizar el servicio, el resultado obtenido por esta emergencia en este tiempo de espera fue compatible con su mayor complejidad, que también puede reflejar una mayor efectividad en el funcionamiento de la clasificación de riesgos que permite atender de acuerdo con la gravedad del caso. Se encontró un resultado similar en el estudio sobre el acceso a los servicios de emergencia en Medellín que utiliza una clasificación de detección con cuatro niveles de riesgo, donde los tiempos de espera promedio para ser atendidos fueron de 60 minutos para aquellos riesgo más bajo y 10 minutos para los niveles 2 y 3 (niveles de riesgo más altos) (Rodríguez et al., 2011).

El tiempo promedio de poco más de 1 hora en los dos períodos para recolectar material y más de 3 horas para el tiempo total, entre la solicitud y la llegada de los resultados de las pruebas de laboratorio, muestra la falta de apoyo de laboratorio en emergencias, perjudicando la definición del diagnóstico y la terapia a realizar, causando daños a la salud de la población. Resultado superior al encontrado en un estudio de una sala de emergencias, donde el tiempo

promedio desde la recolección hasta el resultado de las pruebas de laboratorio fue de 2 horas y 30 minutos (Jacobs & Matos, 2015).

Al comparar el tiempo de entrega de resultados entre emergencias, los resultados son más compatibles con una emergencia mayor, aunque por la noche este tiempo aumenta considerablemente. Otro soporte diagnóstico básico para la atención urgente y de emergencia, la radiografía, mostró un resultado muy satisfactorio en términos de tiempo para su desempeño en la emergencia, donde el 57.1% realiza la radiografía en un máximo de 20 minutos durante el día, un resultado que difiere en la noche

La oferta diferenciada de los exámenes de imagen por ultrasonido solo durante el día de lunes a viernes se realizó con un tiempo de espera satisfactorio, por la noche y los fines de semana el tiempo de espera no fue satisfactorio para los pacientes. Estas restricciones también tienen un impacto en la evaluación de los tiempos de espera para estos métodos de diagnóstico. La situación más precaria en la realización de este examen fue el fin de semana, el tiempo de espera fue superior a 6 horas.

Los tiempos de espera para ingresar, ser atendidos y realizar pruebas de laboratorio y radiografías en emergencias fueron más cortos por la noche con reducciones más significativas. Como el volumen de asistencia por la noche es menor que durante el día y como en emergencias por la noche, hay una división de horas entre profesionales, lo que equilibraría la proporción del número de pacientes por médico que atiende, los tiempos de espera más cortos por la noche muestra una posible sobrecarga de trabajo durante el día o que hay una división de horas también durante el día. La estructuración de esta unidad para la atención de emergencia, aunque la falta de preparación para realizar pruebas de laboratorio y radiografías demuestra la existencia de puntos críticos de atención, es decir, una mejor organización de los sectores daría lugar a una mejor condición de trabajo y un mejor servicio a la población (Sierra, 2017).

En un estudio realizado en Barbados en el Departamento de Emergencias y Accidentes del Hospital Rainha Elizab, el tiempo promedio para el registro de pacientes fue de 6.5 minutos con un mínimo de 2 y un máximo de 22 minutos, el tiempo para al ser atendido por el médico obtuvo un promedio de 178 minutos con un mínimo de 105 y un máximo de 305 minutos y el tiempo para llegar a los resultados de las pruebas de laboratorio con un promedio de 213 minutos con un mínimo de 154 y un máximo de 316 minutos. En comparación con los resultados obtenidos durante el día por este estudio, se observa que: los tiempos para ingresar a la sala de emergencias, que corresponde a los tiempos de registro del paciente, obtuvieron un tiempo promedio de 15 minutos con un mínimo de 5 y un máximo de 34 minutos, para ser atendido por un médico o enfermera, el tiempo promedio fue de 45 minutos con un mínimo de 20 y un máximo de 120 minutos. El tiempo promedio para recibir las pruebas de laboratorio es de 208 minutos con un mínimo de 53 y un máximo de 620 minutos. A pesar de las posibles diferencias metodológicas en la recopilación de datos, se observan resultados similares (Jacobs & Matos, 2015).

La imagen observada en emergencias muestra una necesidad de inversión tecnológica de acuerdo con la complejidad del servicio y principalmente en tecnología gerencial con la implementación integral de la propuesta de bienvenida con clasificación de riesgo, la organización de la emergencia de acuerdo con el grado de riesgo, racionalizando los resultados de los exámenes y priorizando las camas de estos hospitales a sus emergencias, propuestas ya consagradas en otras experiencias. Este conjunto de propuestas de tecnología de gestión tiene como elemento central la satisfacción de usuarios y trabajadores como protagonista principal del proceso de cambio. La baja adherencia a la propuesta de recepción con clasificación de riesgo por parte de enfermeras y médicos señalada en esta observación resalta la necesidad de una actitud

más decidida de los distintos niveles de gestión para invertir en estas tecnologías (Jacabs & Matos, 2015).

10.LLENADO DE PRÁCTICAS POR MÉDICOS Y ENFERMERAS

10.1 Introducción

El Consejo Federal de Medicina, define el registro médico como un documento único que consiste en un conjunto de información, signos e imágenes registradas, generados a partir de hechos, eventos y situaciones sobre la salud del paciente y la asistencia que se le brinda, de naturaleza legal, confidencial y científico, que permite la comunicación entre los miembros del equipo multiprofesional y la continuidad de la atención brindada al individuo.

El registro del paciente sirve al paciente para monitorear su estado de salud, los profesionales como garantía del trabajo realizado, para la investigación, para la institución, para la planificación y como una herramienta para evaluar la calidad de los servicios prestados a los usuarios. Como este análisis se refiere al llenado de registros médicos a través de la identificación de los artículos completados, permitió evaluar la responsabilidad de los profesionales con la garantía del trabajo realizado y sus implicaciones éticas y legales y en el monitoreo del estado de salud del usuario. Otros estudios analizan la calidad de la atención a través de un análisis en profundidad de completar registros médicos (Brasil, 2015).

El registro del paciente, que clasifica como "datos administrativos individualizados", universalmente identificados como una fuente importante de datos primarios, se utiliza poco para evaluar la calidad de la atención brindada a la población. La justificación, es la falta de confiabilidad en los datos grabados, es decir, la calidad con la que los datos se graban de manera rutinaria. A pesar de esto, según el autor, los datos continúan registrándose sin que se haga nada por el cambio. Las fuentes documentales deben ser analizadas críticamente para encajar en el contexto histórico y social del documento en el que fueron producidas. Estos documentos se

utilizan para definir categorías sociales y explicar procesos sociales. La investigación documental es una de las técnicas decisivas para la investigación en ciencias sociales y humanas (Pavão, 2011).

10.2 Metodología: Desarrollo De Instrumentos

Con el fin de percibir la calidad de la atención de emergencia en la unidad de atención de emergencia, el objetivo también fue evaluar el llenado de registros médicos de emergencia. Para ello, las dimensiones y preguntas que podrían evaluarse objetivamente a partir del análisis documental se identificaron en la Matriz para la elaboración de instrumentos de investigación (Capítulo 3). En este análisis, la dimensión a ser aprehendida fue la percepción de la calidad de la atención clínica.

Para elaborar el instrumento de recopilación de datos, se analizaron los registros médicos de la unidad investigada y se definieron los campos obligatorios que los médicos y las enfermeras deben completar al ingreso y la evolución. En relación con el trabajo de las enfermeras, se observaron los siguientes campos en los registros médicos de las enfermeras:

- Identificación del paciente;
- Quejas;
- Antecedentes clínicos;
- Signos vitales;
- Conducta de enfermería

En relación con el trabajo de los médicos, se observaron los siguientes campos en la historia clínica:

- Historia clínica;
- Examen físico;
- hipótesis de diagnóstico;

- Exámenes solicitados;
- Prescripción médica.

El formulario de recolección de datos al completar el registro médico del usuario se realizó de manera objetiva, observando la existencia de la identificación del paciente y el llenado de la consulta de enfermería y del médico, sin análisis de calidad, por ejemplo, con respecto a la precisión diagnóstico o conducta prescrita por el médico (APÉNDICE H). Como se puede ver en la estructuración del documento:

Marque con una X el relleno o no de los siguientes elementos relacionados con el formulario de asistencia, sin analizar la calidad del relleno.

análisis de documentos y registros	Registro médico 1		Registro médico 2		Registro médico 3		Registro médico 4		Registro médico 5	
	SI	NO								

Recolección de datos

Diez registros médicos por día en la sala de emergencias (PA) y cinco en la sala de medicamentos fueron analizados después de las consultas de la enfermera y el médico, durante el día y cinco en la noche, y tres en la sala roja durante el día y uno en la noche en cada uno de los días de la semana, en el período de veinte días, con un total de 200 registros médicos evaluados, esta muestra intencional fue suficiente para el análisis propuesto. Para el análisis del llenado por parte del médico, se realizaron 50 evaluaciones de los registros médicos de los pacientes. Para ser completado por las enfermeras, se realizaron 100 análisis de la historia clínica del paciente en las habitaciones (medicamentos, amarillo y rojo).

Este análisis se limitará a la observación de completar el formulario de inscripción, siguiendo los elementos en el cuadro de recopilación para esta observación, sin evaluar la calidad del contenido de lo que se completo.

10.3 Plan de Análisis De Resultados

La evaluación objetiva del registro médico, con respecto a la finalización de los campos estandarizados del registro de atención médica y de enfermería, se cuantificó y dimensionó, presentándose en forma de tablas de frecuencia. El análisis de la historia clínica del paciente se realizó en relación con profesionales médicos y enfermeras y en relación con la unidad de atención de emergencia.

Para evaluar el registro del paciente en la AP, se considerarán los usuarios que no hayan sido referidos a otra unidad de salud y al final de su atención. El elemento que se refiere a completar los exámenes solicitados en la sala de emergencias no se considerará en la evaluación, ya que no siempre se solicitan

10.4 Resultados

Entre los doscientos (200) registros médicos observados en el llenado del registro médico por el médico (Tabla 1), el menor número de llenado son las pruebas solicitadas (42.5%) y la hipótesis de diagnóstico (30%), principalmente en atención de emergencia. La prescripción médica fue el elemento con el mayor llenado (93%). Aunque no hubo grandes variaciones entre las consultas, presentó las observaciones más positivas de llenado en la historia clínica (81%), examen físico (55%).

Tabla 1 - Frecuencia de llenado de la historia clínica del paciente por parte de los médicos en la unidad de atención de emergencia, 2020.

Artículo de registro médico	N (200)	%
------------------------------------	----------------	----------

História médica	162	81
Examen Físico	110	55
Hipótesis diagnóstica	60	30
Examen Solicitado	85	42,5
Prescripción	186	93

Fonte:Unidad de Pronta Atención (UPA- Brasil,2020).

Con respecto a la finalización del registro médico por parte de las enfermeras, los resultados (Tabla 2) muestran un bajo porcentaje de llenado de los elementos del registro médico. El llenado máximo fue con la identificación del paciente con 93.5.2% y el mínimo con los signos vitales que fueron completados por solo el 57% de las enfermeras.

Tabla 2- Frecuencia de finalización por parte de las enfermeras con respecto a los elementos en la historia clínica del paciente en la unidad de atención de emergencia, 2020.

Item del registrosmédicos del Enfermería	N (200)	%
Identificación del Paciente	187	93,5
Queja del Paciente	180	90
Antecedentes Clínicos	146	73
Signos Vitalis	114	57
Conducta del Enfermería	135	67,5

Fonte:Unidad de Pronta Atención (UPA- Brasil,2020).

11. Discusión

Los resultados con un llenado razonable de los registros médicos de los pacientes por parte de los médicos, muestran la preocupación al menos con la responsabilidad legal, ya que la evaluación de la calidad del llenado no se estaba llevando a cabo. En esta perspectiva, el registro de la atención al paciente tendría el carácter de atestiguar que el paciente fue visto por el médico a esas horas del día. “El registro médico constituye una forma de contrato, siendo el instrumento de conexión entre los profesionales y el paciente, de valor legal y con implicaciones como tales”,

esta importancia del registro médico en el registro médico es aún más importante cuando se trata de la información de situaciones que conciernen a la vida, por lo tanto, invertir en mejorar la calidad de completar los registros médicos, a través de evaluaciones periódicas por parte de la administración del hospital, es una medida indispensable para avanzar en el compromiso de mejorar la calidad de vida. calidad de los servicios de salud (Raimundo, 2016).

Estos resultados permiten dos interpretaciones. Uno, donde es evidente que más del 85% de los registros médicos se completan con más de tres ítems completados por médicos, el más completo de los cuales es la historia clínica, el examen físico y la prescripción médica, en los que podríamos concluir que en una situación de asistencia urgencia y emergencia, no importa cuán sucinta sea la información contenida, existe un compromiso mínimo con la continuidad de la asistencia.

La otra interpretación es que este estudio no evaluó la calidad o legibilidad de lo que estaba escrito en los registros médicos. De los procedimientos de enfermería no descritos, mostraron un comportamiento poco colaborativo entre los profesionales o con la continuidad de la atención al paciente. Resultados similares a los encontrados se identificaron tres factores, en la información contenida en los registros médicos que no facilitan la colaboración entre los médicos: falta de información sobre las hipótesis de diagnóstico, falta de información sobre la terapia utilizada y la insuficiencia de la recopilación y presentación de datos.

Informan que hay situaciones en las que la práctica médica muestra una mayor ocurrencia de fallas en el llenado de registros médicos. Son aquellos que involucran atención de emergencia en grandes hospitales. Los autores consideran que los disturbios, las decisiones rápidas y el entorno mismo de los sectores de emergencia pueden conducir a omisiones, que seguramente serán cuestionadas en una futura demanda judicial. Nuestro estudio nos permitió verificar que los

registros médicos sean completados por los médicos, pero no detecta la calidad de la información y sus posibles fallas (Silva & Tavares-Neto, 2017).

En nuestro estudio, hubo un privilegio de completar ítems como el historial médico, los exámenes solicitados y la prescripción, por parte de los médicos del sector de emergencias, que pueden resumir la conducta de emergencia que se debe tomar, mientras que la hipótesis de diagnóstico, que no siempre parece repetirse en las evoluciones luego en la emergencia.

El llenado de las enfermeras del registro médico fue mucho más bajo que el realizado por los médicos. Hay un bajo cumplimiento de todos los elementos evaluados, incluso de signos vitales y conducta de enfermería, resultados similares a los encontrados en otro estudio sobre el llenado de registros médicos encontró un número reducido de registros por enfermeras. De manera similar, en otro estudio realizado por Matsuda, Silva y Evora (2006) se encontraron resultados similares “la mayoría de los registros realizados por enfermeras y auxiliares de enfermería en la institución estudiada, la fecha, hora e identificación del profesional no se mencionaron. La presencia de errores, borrados, letras ilegibles, palabras generalizadas / vagas y abreviaturas / siglas no estándar, que dificultan la lectura y comprensión de la información, también fueron frecuentes” (Silva & Tavares-Neto, 2017).

Este llenado muy bajo del registro médico por parte de las enfermeras revela la falta de cultura sobre la importancia de completar y no ser responsable del manejo de los pacientes. Aunque en su código de ética la responsabilidad de la enfermera se define al completar el registro médico, el Código de Ética para Profesionales de Enfermería define en su artículo 25 la responsabilidad y el deber de registrar en el registro del paciente información inherente e indispensable para el proceso de atención. Además del deber y la responsabilidad de proporcionar información, escrita y verbal, completa y confiable, necesaria para garantizar la continuidad de la asistencia (Art. 41). El pequeño cuestionamiento legal para los actos y procedimientos

practicados por la enfermería tal vez justifique este bajo cumplimiento. Práctica que tenderá a cambiar debido a una mayor conciencia de los derechos de los usuarios por parte de la población (Pavão, 2011).

Estos resultados al completar los registros médicos se obtuvieron después de la atención brindada, por lo que la ausencia de registro no revela la falta de asistencia al paciente. Sin embargo, completarlo es un indicador de la calidad de la atención, así como no cumplirla tiene responsabilidades éticas y legales para los profesionales. Los resultados demuestran la necesidad de realizar estudios con mayor profundidad específicamente sobre la calidad de completar los registros médicos en la atención de emergencias donde se tiene en cuenta su contenido, así como su comprensión y su contribución a la continuidad de la atención.

CAPITULO 4

1.LAS POLÍTICAS DE CALIFICACIÓN Y LA CALIDAD DE LA URGENCIA Y LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA PROPORCIONADA POR EL HOSPITAL: La Apariencia Del Gerente Del Hospital

1.1 Introducción

Para la evaluación política de la calidad de la atención médica, centrándose en comprender el significado de las acciones sociales, la metodología cualitativa es la que permite una inmersión profunda para su comprensión. La metodología cualitativa apunta, que comprender las relaciones, los puntos de vista y los juicios de los diferentes actores sobre la intervención en la que participan, entendiendo que sus experiencias y reacciones son parte de la construcción de la intervención y sus resultados (Szwarcwald et al., 2014).

La entrevista como técnica de recolección de datos es bastante adecuada para obtener información sobre lo que las personas saben, creen, esperan, sienten o desean, tienen la intención de hacer, hacer o han hecho, así como sobre sus explicaciones o razones para respeto de las cosas anteriores. Las entrevistas cualitativas se refieren a entrevistas no estructuradas en las que uno quiere investigar un fenómeno dado en profundidad desde la comprensión de ciertos actores sociales relevantes. La entrevista no estructurada (en profundidad) se busca saber qué, cómo y por qué ocurre algo, en lugar de determinar la frecuencia de ciertas ocurrencias, en las que cree el investigador (Flick, 2016).

La entrevista es la técnica en la cual el investigador se presenta a la persona investigada y le hace preguntas para obtener los datos que son de interés para la investigación. La entrevista es, por lo tanto, una forma de interacción social. Más específicamente, es una forma de diálogo asimétrico, en el que una parte busca recopilar datos y la otra se presenta como una fuente de

información. La entrevista es la más flexible de todas las técnicas de recopilación de datos disponibles para las ciencias sociales y se clasifica según su nivel de estructura en: informal, enfocada, por pautas y estructurada (Salvador, 2018).

Las técnicas de entrevista varían según el contexto en el que se insertan; cómo llevar a cabo la entrevista dependerá del tipo de información necesaria según el problema a investigar. Como una evaluación científica de las prácticas resultantes de la acción social planificada, como los servicios de salud, se requiere la elección del actor social responsable de esta práctica y el uso apropiado del método y la técnica que pueden capturar una política de gestión para garantizar la calidad de la atención. Por lo tanto, la entrevista con el actor social directamente involucrado en su implementación es una fuente esencial de datos para tener una evaluación cualitativa, especialmente cuando se trata de una evaluación de la dimensión política de la calificación de la atención urgente y de emergencia a investigar. Por lo tanto, el uso de un instrumento que permita captar la riqueza que contiene un discurso es de fundamental importancia para obtener respuestas sobre lo que uno quiere investigar (Minayo, 2010).

2. Metodología De La entrevista Con Los Directores De La Unidad De Salud.

Como la entrevista con el director se llevó a cabo utilizando una guía de temas que se abordarán con las preguntas que se hacen durante la entrevista, los describe como entrevistas guiadas. En esta entrevista, buscamos la comprensión política del director en relación con la unidad de salud o la existencia de una política para calificar la atención de urgencia para la unidad de salud y sus dificultades en su elaboración y / o implementación con respecto a las condiciones ofrecidas y sus relaciones con los otros actores sociales involucrados. Como cuidado

en el proceso de planificación, ejecución y análisis, las siete etapas de la investigación se observaron a través de entrevistas propuestas (Lorenzetti et al, 2014):

1. Tematización: formula el objetivo de la investigación y describe el concepto del objeto a investigar antes de realizar las entrevistas. El por qué y cuál de la investigación debe definirse antes de la pregunta de cómo se hace el método;

2. Planificación: el plan de diseño del estudio debe tener en cuenta las siete etapas de la investigación antes de realizar las entrevistas. Diseñar el estudio es realizar observaciones atentas para obtener conocimiento (marco teórico) y tener en cuenta las implicaciones morales del estudio;

3. Entrevista – A condução a entrevista deve ser baseada no roteiro de entrevista, com a abordagem reflexiva do marco teórico e considerando a situação de relação interpessoal da entrevista;

4. Transcripción: prepare el material de la entrevista para el análisis, que generalmente consiste en transcribir la entrevista oral en el texto escrito;

5. Análisis - Decidir, con base en los propósitos y objetivos de la investigación y la naturaleza del material de la entrevista, el método de análisis apropiado para la entrevista;

6. Verificación: determina la generalización, fiabilidad y validez de los resultados de la entrevista. La confiabilidad se refiere a la consistencia de los resultados y la validez significa si la persona investigada comprende un estudio que investiga la entrevista;

7. Informe: comunica los resultados del estudio y los métodos aplicados en un formato con criterios científicos, tiene en cuenta los aspectos éticos de la investigación y presenta los resultados como un producto legible e inteligible.

3.Preparación De La Entrevista Con El Director De La Unidad.

En la entrevista con el director de la unidad de atención de emergencia, se analizó la política para calificar la atención de emergencia. Para la elaboración de la guía de la entrevista, se definieron los temas que se abordarán, estos temas se discutieron con el equipo de la unidad de salud y se detallaron los aspectos de los temas que se abordarán, definiendo así el guión de la entrevista (APÉNDICE I), con el siguientes temas:

- Contribución de los trabajadores para calificar la atención de emergencia;
- Evaluación que los directores tienen sobre la satisfacción de los usuarios con la calidad de la atención;
- Condiciones de trabajo calificadas;
- Existencia de una política de calificación para atención de emergencia;
- Propuesta para calificar la atención urgente de la Secretaría de Estado o el Ministerio de Salud;
- Puntos básicos de una política para mejorar la calidad de la atención;
- Condiciones del equipo directivo para el desarrollo de una propuesta.

4. Realizar Una Entrevista Con El Director De La Unidad Con.

La entrevista se realizó después de la autorización del Secretario Municipal de Salud y del Director de la Unidad para su realización, el momento de la entrevista fue facilitado por este conocimiento previo. Por lo tanto, ya existía un ambiente de identificación y cordialidad.

Para llevar a cabo la entrevista, se tomaron algunas precauciones, basadas en lo que Richardson (1989) sugiere en el proceso de la entrevista:

- Explicar el propósito y la naturaleza del trabajo;
- Asegurar el anonimato del entrevistado y la confidencialidad de las respuestas;

- Explicar que sus opiniones y experiencias son importantes para comprender el proceso de gestión del hospital y la comprensión política del proceso;
- Solicitar autorización para grabar la entrevista, explicando el motivo de la grabación.

La entrevista del director se transcribió inmediatamente después de la realización de las entrevistas para la posterior realización de los estudios y análisis.

2.3 Plan De Análisis De Entrevista.

El análisis de contenido contenido en el discurso del director obedecerá ciertas reglas metodológicas: objetividad, sistematización e inferencia. Para el análisis de contenido de entrevistas en investigación científica, identifica cinco enfoques:

1. Condensación de significados: implica el resumen de las entrevistas del extracto de los discursos de los entrevistados en formulaciones cortas que responden directamente a las preguntas de investigación.

2. Categorización de significados: implica que la entrevista se codifica en categorías que indican la ocurrencia o no de ciertos fenómenos o incluso la intensidad de estos fenómenos para medir las frecuencias de estas categorías.

3. Estructuración en narrativas: significa reformular el discurso del entrevistado en el sentido de una historia contada por el entrevistado en función del contenido percibido, salvaguardando su secuencia temporal y los hechos informados.

4. Interpretación de significados: interpreta el texto desde diferentes puntos de vista o referencias teóricas, así como los intereses de diferentes grupos. Busca posibles significados a través de diferentes caminos para la construcción de una interpretación plausible. En lugar de condensar el texto, tiende a aumentarlo.

5. Comprensión del significado por el método ad hoc: es un enfoque ecléctico. Se utilizará una variación del enfoque de sentido común para interpretar el texto, con sofisticación textual y /

o utilizando el método cuantitativo, para transmitir el significado de diferentes partes del material. Los resultados de los significados apreñendidos se calcularán en números, figuras, diagramas de flujo y sus interacciones.

La condensación de significados tiene la aplicación de la metodología fenomenológica como sustrato teórico. El objetivo metodológico es utilizar la fenomenología em evaluación de la calidad del servicio utilizando metodología cualitativa con rigor y disciplina, sin transformar necesariamente los datos en expresiones cuantitativas, aunque este último tiene su lugar. El objetivo del estudio es demostrar cómo aborda sistemáticamente los datos que permanecen expresados en términos de lenguaje ordinario.

Para el análisis de entrevistas a través de la condensación de significados, hay cinco pasos involucrados en este análisis fenomenológico empírico: Primero, la entrevista completa se lee cuidadosamente para comprender el significado del todo. En segundo lugar, el investigador selecciona las "unidades de significado" naturales expresadas en las respuestas de los sujetos. Tercero, el tema que domina la unidad del significado natural se establece de la manera más simple posible. El investigador aquí intenta leer las respuestas de los entrevistados sin perjuicio de tematizar las declaraciones de su punto de vista capturado en la entrevista. El cuarto paso es cuestionar las unidades de significado en términos de los objetivos específicos propuestos por el estudio. Los temas de las unidades de significado se correlacionarán con respecto a las preguntas propuestas por el estudio a través de una pregunta como "¿Qué significa para mí la declaración del entrevistado?". En el quinto paso tenemos la descripción esencial del contenido obtenido en las respuestas a las preguntas del investigador. El método consiste así en la condensación de los significados expresados en significados cada vez más esenciales del contenido y estilo del texto (Salvador , 2011).

En esta investigación, elegimos utilizar la condensación de significados, ya que nos parece el método de análisis más apropiado para evaluar los servicios de salud. A continuación presentamos la estructuración de la matriz para obtener la condensación de significados.

Condensación de significados de entrevistas	
<p>Entrevista X</p> <p>Encuesta Y Pregunta</p> <p>Cuál es la contribución de los trabajadores en la calidad de la atención en emergencias?</p> <ul style="list-style-type: none"> •Cuál es la dedicación de los trabajadores? • Existe una capacitación adecuada para los trabajadores? • Los profesionales tienen la experiencia necesaria para la atención de emergencia? 	
<p>Unidades naturales</p> <p>1 ... como gerente, tenemos que proporcionar condiciones de trabajo. Pero la calidad de la atención depende de los cuidadores.</p> <p>2. No me doy cuenta de que el tema de la capacitación ha sido algo trabajado. Hay personas que trabajan en la recepción del hospital, con contratos subcontratados, sin ninguna calificación previa.</p>	<p>Tema central</p> <p>1. Comprender el papel central de los trabajadores en la calidad de la atención.</p> <p>2. No existe una calificación adecuada para el trabajo de emergencia.</p>

3. Iden	3.Iden
<p>Descripción esencial del contenido de la pregunta investigada.</p> <p>El entrevistado entiende que corresponde a los gerentes dar las condiciones de trabajo, pero está convencido de que la calidad de la asistencia brindada tiene como elemento central el trabajo realizado por los profesionales. Existe una calificación inadecuada de profesionales para asistencia de emergencia.</p>	

5. Matriz De Condensación De Los Significados De La Entrevista

Con base en los temas y la formulación de las preguntas contenidas en el guión de la entrevista (APÉNDICE I), se tomaron como referencia para el análisis de las entrevistas y se detallaron:

- La contribución de los trabajadores a la calidad de la atención en emergencias, teniendo en cuenta la dedicación de los trabajadores, la capacitación de los trabajadores y la experiencia requerida para la atención de emergencia.

Como a apresentação dos resultados já tem uma direcionalidade do que se quer abordar e traz consigo a necessidade da discussão da fala do gestor, portanto, os resultados deste capítulo serão apresentados junto com a sua discussão para uma maior fluidez da sua interpretação.

- Satisfacción del usuario con la atención de emergencia, buscando la comprensión de los directores de lo que es mejor y peor evaluado por los usuarios.

- Las condiciones laborales que ofrece el hospital para una buena atención y las necesidades para mejorar las condiciones laborales.

- La existencia de una política para calificar la atención de urgencia desarrollada en el hospital y cuál es el papel de la Secretaría de Estado y el Ministerio de Salud para mejorar la calidad de la atención.

- Los puntos básicos de una propuesta para mejorar la calidad de la atención de emergencia en la percepción de los gerentes de los hospitales.

- Las condiciones del equipo directivo para el desarrollo de una propuesta para mejorar la calidad de su formación, experiencia, compromiso y disponibilidad.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 CONTRIBUCIÓN DE LOS TRABAJADORES A LA CALIDAD

DE LA ATENCIÓN EM EMERGENCIAS.

Para el entrevistado, el compromiso de los profesionales de la salud con el trabajo es de fundamental importancia para la calidad de la atención de emergencia, aunque tienen diferentes conocimientos sobre este compromiso. Según él, la gestión pública debería tener formas de percibir y valorar este compromiso. Para el entrevistado, la transparencia administrativa es el elemento central para involucrarse con la unidad de salud, lo que lleva a un mayor compromiso de trabajo.

Segundo o Gestor entrevistado, UPA-Brasil, 2020.

... siempre y cuando no trabajes de manera transparente en la información que tienes en el hospital, para que haya complicidad, la participación de todos los segmentos, no tiene sentido querer maquillarte, tienes que maquillarte para que las personas sean sensibles ...

Si el tipo es un tipo que tiene un compromiso, entonces lo trataré de manera diferente que el tipo que no tiene ningún compromiso. Existe un fuerte compromiso de los trabajadores con la unidad, especialmente si se tienen en cuenta las terribles condiciones que se ofrecen para trabajar.

... por las condiciones que brinda la unidad de salud, creo que los trabajadores en general, los empleados en general, trabajan muy duro en la emergencia y no son valorados por su trabajo...

A pesar de comprender la centralidad del trabajo de los profesionales en la calidad de la asistencia brindada: "... nosotros como gerente tenemos que dar las condiciones de trabajo, pero la calidad de la atención depende de los trabajadores de asistencia" y declara que existe una falta de compromiso por parte de los profesionales profesionales debido a las malas condiciones ofrecidas y los bajos salarios. [...] estamos teniendo un gran problema en relación con los equipos médicos ...

Es interesante darse cuenta de que para el entrevistado, la motivación no se deriva solo de los salarios y las condiciones (estructurales) ofrecidas, sino de instrumentos de motivación como la transparencia de la gestión para la participación de profesionales.

Esta opinión es corroborada por los resultados obtenidos por implementar una nueva propuesta de gestión para un hospital público basada en una política de calificación hospitalaria, pago de bonos y un mecanismo de evaluación sensible y operacional, donde se obtuvieron buenos resultados . Para los autores, "la motivación expresada por los trabajadores a lo largo de la experiencia debe entenderse, en primer lugar, como el resultado de cierto contexto organizacional construido / experimentado en el período, un contexto en el que el pago de incentivos, por importante que sea, solo representa una parte"(Silva & Santos, 2014).

Las condiciones físicas y ambientales del trabajo, el salario, la relación entre gerentes y empleados, los estándares, son parte de los factores higiénicos, los factores motivacionales se

refieren al contenido del puesto, las obligaciones profesionales, la posibilidad de desarrollo profesional. Por lo tanto, los factores higiénicos son responsables de la insatisfacción laboral y los factores motivacionales son responsables de la satisfacción laboral, basándose en esta teoría, la mejora en las condiciones de trabajo y las recompensas económicas no necesariamente genera una mayor participación o una mayor motivación, pero elimina las barreras para el crecimiento del rendimiento. Especialmente en el caso de los profesionales de la salud, este razonamiento es aplicable, porque tiene un trabajo rico en contenido y significado social (Borges & Alves, 2011).

Para el entrevistado, la alta rotación y, en consecuencia, la inexperiencia de los profesionales afecta la calidad de la asistencia brindada.

Segundo o gestor entrevistado, UPA-Brasil, 2020.

... hoy en día, los profesionales mayores prácticamente ya no trabajan en una emergencia. Lo que la Secretaría ha enviado a la mayoría de los recién graduados, o acaba de terminar la residencia. Por supuesto, un residente, por estudioso que sea y no importa como experiencias profesionales que tienes, no es lo mismo ...

Contradictoriamente, también entiende que, como no existe un plan para puestos y carreras en el sector de la salud, los que trabajan en emergencias están condenados a permanecer allí indefinidamente.

La opinión del entrevistado y quién entiende que se deben buscar formas de valorar a los profesionales más experimentados a través de mecanismos duraderos, como una carrera profesional. Después de un cierto período de trabajo, continuaría haciendo su contribución a la emergencia, sin embargo, ya no en el régimen de trabajo por turnos y con una carga de trabajo reducida, sin pérdidas financieras.

Segundo Gestor entrevistado, UPA-Brasil, 2020.

... un problema grave es la rotación del profesional en la emergencia, siempre y cuando no solucione al profesional en la emergencia, vivirá con este problema de inexperiencia, [...] para encontrar una manera de solucionarlo mejor (con más experiencia)) en la emergencia [...] hicimos la figura del consultor. Qué fue el consultor? Tomamos a la persona y la "horizontalizamos". Tenía doce horas horizontales (como jornalero), dentro de la emergencia, evoluciona al paciente, que necesita tener un tipo que vea todos los días. Y las otras doce horas fue consultor de fin de semana, viernes, sábado y domingo.

La importancia de la experiencia profesional en el desarrollo y la calificación de la asistencia prestada en emergencias se puso de manifiesto en las declaraciones de los entrevistados. Afirma que este es un problema importante actual debido a la falta de fijación profesional. Sin embargo, sus opiniones difieren sobre cómo arreglar al profesional y alentarlos a trabajar en la emergencia, lo que genera un interesante debate sobre cómo superar el problema. Uno, propone que debería tener una carrera profesional que, después de un cierto tiempo (¿diez, quince años?), Debido a la naturaleza estresante del trabajo en la emergencia, el profesional sería desplazado para recibir atención en otros sectores menos estresantes de la atención hospitalaria, como la asistencia. electiva El otro también propone invertir en una carrera profesional, solo proponiendo la permanencia de la contribución a la emergencia de aquellos que tienen más experiencia (¿veinte años?), Trabajando doce horas como jornalero durante los días laborables y 12 horas como consultor de turno al final semana Las dos propuestas tienen en común la estimulación para trabajar en emergencias y el entendimiento de que trabajar directamente en

forma de turnos es estresante y agota la capacidad de los profesionales, después de un cierto período de trabajo.

Algunos estudios recientes, entre otro, informan la evidencia de que el trabajo en emergencias tiene sus propias características, inherentes a este servicio, como el trato con situaciones limitantes, alto nivel de tensión y altos riesgos para ellos mismos y para otros, así como que el régimen laboral en emergencias en turnos y turnos permite la ocurrencia de múltiples trabajos y largas horas de trabajo que conducen a una situación estresante. Estas circunstancias definen la limitación de la capacidad humana y profesional para trabajar indefinidamente en estas circunstancias de estrés laboral en la emergencia y en servicio. Aunque este tema se debate constantemente, entre gerentes, representantes de corporaciones y académicos del sistema de salud, no existen propuestas concretas de cambios efectivos para superar esta situación y fomentar el trabajo en emergencias.

Una cuestión importante planteada por el entrevistado B, y que tiene que ver con lo que se discutió anteriormente, es la importancia de horizontalizar la asistencia brindada en emergencias. El concepto de horizontalización de la atención en emergencias mayores, presentado por QualisUS, propone que la organización de la atención garantiza la continuidad y la responsabilidad con atención al usuario. Para esto, cada paciente debe tener un profesional médico y de enfermería como responsable de su plan de atención, articulando los recursos necesarios y siendo los interlocutores con la red de atención y los miembros de la familia. Por lo tanto, para que la atención continúe, el régimen de trabajo en emergencias debe estar compuesto por personal de guardia y jornaleros, son los trabajadores diurnos los responsables del plan de atención al paciente. Este arreglo de trabajo cambia la visión médica y facilita el análisis de la evolución (Richardes, 2010).

En cuanto a la capacitación de profesionales, para el Entrevistado C, dado que el hospital es un campo de capacitación de Residencia Médica, los profesionales que trabajan en este hospital son, en general, ex residentes del hospital, por lo tanto, con una buena capacitación. Este entrevistado afirma que los médicos tenían capacitación específica para el trabajo de emergencia. El entrevistado A tiene una opinión diferente, quien afirma que hay una calificación inadecuada de profesionales para asistencia de emergencia, además de esto, dice que el proceso de selección es inapropiado para el trabajo en emergencias.

... las personas aún no están preparadas, no están seleccionadas correctamente para trabajar en un determinado rol. Dentro del hospital termina entrenando con los más viejos, una adaptación ...

En varios momentos de las entrevistas, los entrevistados percibieron un fuerte compromiso corporativo, incluso en aquellos que demostraron un mayor rigor en la relación gerencial con las corporaciones.

... Estuve de servicio aquí durante varios años, no diré que era un santo, pero llegué a las 07:00 de la mañana y me fui de aquí a las 19:00. Estaba comprometido con mi servicio...

“los médicos mantienen una relación de autonomía en relación con la organización; el gerente no "ordena" formalmente a los médicos, sino que actúa mediante acuerdos y entendimientos, regidos por una determinada ética profesional corporativa y un fuerte espíritu corporal; él es mucho más un representante de los intereses de los médicos frente a la administración que al revés; el personal médico funciona como un cliente del hospital, en el sentido de que ve al personal de enfermería y administrativo en el papel de "proveedores" de insumos para su trabajo" (Vendemiatti et al., 2010).

7. Satisfacción del usuario con la atención de emergencia.

Para el entrevistado B, la misión del hospital es la atención de emergencia más grave y la satisfacción del usuario es mayor cuanto mayor es la gravedad del caso. Debido a esta gravedad y la baja condición social de los usuarios, el grado de demanda es bajo, por lo tanto, no existe una mayor demanda de los usuarios por parte de los profesionales. Además, no existen mecanismos formales para escuchar a los usuarios. El único momento en que se escucha al usuario es cuando son recibidos en la puerta de emergencia. Para este entrevistado, los reclamantes son los usuarios vistos en la sala de emergencias que no deberían ser tratados en una emergencia de gran complejidad.

Segundo gestor entrevistado, los pacientes de mediana y baja complejidad se quejan con razón. Por qué Porque estás en el lugar equivocado. Realmente tiene que quejarse, porque está en el lugar equivocado. Alguien tiene que acercarse a él y decirle: Mira, estás aquí, pero este no es tu lugar. Es lo mismo que entrar en un restaurante italiano [...] y querer comida india. Nunca se irá, [...] por lo que debe haber una persona que acuda a él y lo guíe. Que no debe ingresar [...] porque, de hecho, ese tipo de paciente ingresa a todo tipo de pacientes, clínico, quirúrgico, alta, media y baja.

El gerente por diferentes razones cree que hay una buena evaluación de la emergencia por parte de los usuarios. A pesar de la precariedad de las condiciones ofrecidas, la emergencia se evalúa bien debido a las bajas condiciones sociales de los usuarios.

...Mire, nuestra población está sufriendo tanto, tan pobre que aceptan estas condiciones que les ofrecemos y están satisfechos porque son atendidos a tempo...

Los testimonios de los entrevistados muestran una situación compleja. Aunque existen razones para que los usuarios no estén satisfechos con el servicio, debido a sus bajas condiciones sociales, el nivel de satisfacción es bueno. El entrevistado se complementa con la justificación de que: "están satisfechos porque son atendidos a tiempo", lo que demuestra en su justificación que el resto del sistema de salud no está cumpliendo su función y / o los usuarios con problemas de baja complejidad son conscientes de que no deberían estar allí y, por lo tanto, omiten las críticas a las condiciones ofrecidas.

A pesar de que los entrevistados mencionaron las condiciones que no son consistentes, principalmente en relación con el hacinamiento de emergencias y que en ningún momento mencionaron realizar ninguna encuesta sobre la satisfacción de los usuarios de estas emergencias, los entrevistados suponen que los usuarios evalúan bien emergencias, quizás subestimando la percepción de los derechos de ciudadanía y la capacidad crítica de los usuarios.

La opinión de este entrevistado, como se ha visto anteriormente, es apoyada por algunos autores que cuestionan la capacidad de evaluación de los usuarios de los servicios públicos. Ya sea debido a la diferente percepción de los derechos de ciudadanía y las obligaciones del Estado y el consecuente temor de que los profesionales evaluados tomen represalias, o por sentimiento de gratitud del usuario por poder ser atendido. La mayoría de los estudios muestran una alta satisfacción de los usuarios con los servicios de salud, que contribuye a este cuestionamiento sobre la capacidad de evaluación de los usuarios, aunque este no fue el caso con los resultados de este estudio presentados en el segundo capítulo.

Según el informe Santos et al (2013) “el equipo técnico de Regulación Médica comenzó a racionalizar el uso de los recursos hospitalarios, preservando espacios capaces de cumplir con alta complejidad, garantizando asistencia inmediata a situaciones que plantean La vida en peligro inminente. Por lo tanto, los pacientes que no requieren investigación y procedimientos especializados, en general, ya no son remitidos a la Unidad de Atención de Emergencia ”. En esta propuesta, la puerta de emergencia está completamente cerrada a la demanda espontánea, a la que solo se accede a través del centro de regulación médica.

Esta propuesta tiene algunos elementos que pueden ser cuestionados, principalmente en relación con la asistencia exclusiva a la gran emergencia y el fin de la demanda espontánea. Separar la emergencia mayor de los casos más simples no siempre es tan fácil, especialmente cuando se trata de emergencias clínicas, que son las que requieren el mayor cuidado y la más astucia de los profesionales con su diagnóstico, porque son silenciosas, además de requerir apoyo Servicio de alta complejidad. En segundo lugar, para el usuario, la complejidad baja, media o alta es extremadamente relativa y prevalece la sensación de autoconservación de la vida, la suya y la de sus familiares. Quali-SUSy Humaniza-SUS, establecen que la asistencia urgente y de emergencia debe organizarse a través de una red regionalizada y jerarquizada por niveles de complejidad. Sin embargo, la propuesta del anfitrión con clasificación de riesgo (ACR) recomendada por estas políticas, define que todos deben ser bienvenidos para la evaluación de riesgos, realizar la primera atención y, luego, acudir a emergencias o ser remitidos a la red de salud, al Centro de Regulación Médica de Emergencia el pedido de lo que hace referencia el prehospitalario móvil y lo que se hace referencia entre las unidades de salud (Brasil, 2011).

8. Condiciones de trabajo ofrecidas por la unidad de salud.

Para los entrevistados, la mejora de la atención de emergencia solo puede ocurrir con el buen funcionamiento del resto del sistema de salud. Una resolución de la red básica de salud

compatible con lo recomendado resultaría en una menor demanda de emergencias y, en consecuencia, un mejor funcionamiento de las emergencias.

El agotamiento del sistema de emergencia es consecuencia de este exceso de demanda con el consiguiente compromiso en la calidad de la atención. Para el entrevistado, la difusión de información sobre este hacinamiento y las malas condiciones de la emergencia es una de las formas de contar con la complicidad de todos los involucrados: usuarios, trabajadores y directores. Además, para el entrevistado, el hacinamiento de la emergencia es un determinante de la calidad de la atención, lo que lleva a la condición inhumana de la atención y las terribles condiciones de trabajo.

Según este entrevistado, la dotación de personal de los equipos de emergencia en los hospitales públicos y su mantenimiento contribuirían a la calidad de la atención en el sistema de emergencia. Sin embargo, para que esto suceda, sería necesario poner fin a la interferencia política en la transferencia de recursos humanos y gestión hospitalaria.

En cuanto a las condiciones técnicas para la atención de emergencia, según este entrevistado, el hospital cuenta con profesionales bien capacitados y el mejor soporte para el equipo del SUS.

... tenemos una sala roja para pacientes con riesgo inminente de vida, son personas muy bien capacitadas, hoy, creo que es la unidad del SUS en la región con 16 municipios que atendemos y los mejor equipados y con personal capacitado ...

El entrevistado plantea preguntas más estructurales para la mejora interna de la unidad que se correlacionan con la calidad. Como el tema de la baja financiación para el sistema de salud y las emergencias que compromete las condiciones de trabajo ofrecidas. En otras palabras, para el

entrevistado, la buena gestión depende de algunas condiciones esenciales, como la autonomía de gestión y la organización de los procesos administrativos internos, principalmente en relación con una política de mantenimiento físico y de equipos, que depende de la racionalización de los procesos de licitación para garantizar las condiciones de trabajo necesarias para los trabajadores y buena asistencia a la población. En otras palabras, la buena gestión depende de algunas condiciones esenciales, como la autonomía de gestión y la organización de los procesos administrativos internos, principalmente en relación con una política de mantenimiento físico y de equipos, que depende de la racionalización de los procesos de licitación para garantizar las condiciones de trabajo necesarias para los empleados. trabajadores y buena asistencia a la población.

La autonomía depende del grado de libertad acordado, el alcance de esta libertad y las contrapartes que se requerirán. Para estos autores en la gestión hospitalaria, es deseable que esta autonomía aborde todos los problemas de gestión interna con el fin de mejorar su eficiencia y eficacia. Sin embargo, la definición de los objetivos de salud del hospital debe estar subordinada a los intereses de la salud pública y la comunidad, así como el presupuesto y la cantidad global de gastos deben negociarse contractualmente para preservar el control de la evolución de los gastos, sin embargo, La autonomía es bastante amplia en términos del uso de esta apropiación¹¹¹.

Según el gerente, aunque menciona el intento de interferir en la composición del equipo directivo, dice que su postura inflexible no permitió tal procedimiento.

... querían quitarnos a una persona porque estaba conectado [...] con él, es una persona de extrema confianza de mí y dijo: no será posible que se quede, debido a las llamadas [...] Entonces dije: ¡Está bien! Así que no me quedaré allí [...] después de media hora, dijo: lo resolveré. Y seguimos manejando (Segun entrevistado).

9. Existencia de una política para calificar la atención de urgencia en la unidad de salud.

Cuando se le preguntó sobre el desarrollo de propuestas de calificación, el entrevistado se refiere a la importancia de capacitar equipos de trabajo de emergencia.

Gestor entrevistado... Creo que una política de calificación es importante. Creo que, a través de la política de calificación, todo [...] mejora la calidad del servicio al cliente, pero para eso es necesario [...] capacitar a todas las personas en los equipos. Desde recepcionistas, trabajadores sociales, enfermeras hasta médicos ...

También menciona que, la calificación de la emergencia requiere una reestructuración física de la unidad, según el gerente para priorizar la asistencia de alto riesgo.

... tenemos nuestra propia política [...] Tengo un hospital de emergencias que está calificando cada vez más como una emergencia [...] importante, creo que esta reforma sería primordial, es parte de la modernización y la adecuación del hospital para esta emergencia ...

El entrevistado piensa que el Estado no tiene una política para calificar la atención de emergencia y que no ha ejercido su papel como gerente ante todos los hospitales del estado, lo que lleva a la autonomía de las unidades.

... Creo que la gente en la gerencia no puede tener miedo de determinar cosas [...] La Secretaría debería tener, creo, una mayor administración sobre todas las unidades y determinar más [...] no hay un director con ganas o sin ganas. Esta es una política pública y el director tiene que aceptar la decisión más [...] importante, pero uno no quiere enfrentarse entre sí.

Para el entrevistado, la propuesta de bienvenida con clasificación de riesgo con la participación de un equipo multiprofesional presentado por el Ministerio de Salud a través de Quali-SUS, es la propuesta de calificación desarrollada en la unidad de salud.

... Hablé con (consultor Quali-SUS) y no pude ver nada, con los recursos que tenemos, que podría organizar mejor las instrucciones (gestión de emergencias). Trabaja en todos los segmentos, le da a la enfermera la oportunidad de participar en la clasificación de riesgos, lleva al profesional al problema, tiene los humanizadores. Es ella quien trabaja la información. La enfermera no trabaja, el médico no trabaja, el psicólogo no trabaja. Quien trabaja la información es el humanizador.

Para este entrevistado, el trabajo de humanizar la atención se basa en el derecho del usuario a la información y la humanización es el elemento central de la propuesta, ellos son los que dialogan, informan y conducen a una mayor satisfacción del usuario. La búsqueda de calificación de emergencia es un ejercicio permanente para cada gerente del hospital.

...No tiene sentido quedarse aquí cobrando a la Secretaría. No ayuda porque la Secretaría tiene mil problemas. Existe la parte política de la historia. Creo que tienes que usar tu imaginación ...

... una queja que tengo es que nunca la recibí, seré muy sincero, siempre quise, incluso le pregunté a nuestro consultor, específicamente sobre QualiSUS, y no hay mucho escrito, palpable, hubo la experiencia de otras unidades de salud, aparte de estas experiencias, cuál es el objetivo principal, qué se implementará, qué se hará ...

A pesar de esto, el entrevistado identifica que la propuesta de bienvenida con una clasificación de riesgo propuesta por Quali-SUS reestructuraría el proceso de priorizar la atención y organizar la asistencia de acuerdo con este nivel de riesgo y que para tener éxito, debe haber un proceso completo de convencer y entrenamiento de todo el equipo.

Una cosa que nos entusiasmó fue el proyecto Quali-SUS, creo que el proyecto Quali-SUS, extremadamente bien pensado. Para comenzar, defina el nivel de prioridad (clasificación de riesgo). Entonces pondrías una enfermera, una trabajadora social.

Pero, según este gerente, la unidad recibió parte del equipo de recepción y la clasificación de riesgos necesaria para su funcionamiento.

Segun entrevistado... incluso recibimos una enfermera, pero no vino ningún médico, cómo vas a hacer una "organización de servicios" sin eso ...

El entrevistado percibe las políticas de calificación desarrolladas por el Ministerio de Salud como oportunidades para la modernización del hospital.

(Segun entrevistado)...Hemos recibido una gran cantidad de equipos de este programa, tomó un tiempo, pero, de vez en cuando, y también hubo un acuerdo de que ganamos...

Es de destacar, en las declaraciones del entrevistado de la unidad de salud, la explicación de la falta de una política específica para la calificación de la atención de emergencia para el gerente, la Secretaría Municipal de Salud. Debido a la trascendencia del problema de hacinamiento en emergencias y el consiguiente deterioro de las condiciones ofrecidas para la población y los trabajadores no es razonable que el encuestado de la unidad de salud no identifique propuestas del estado para resolver el problema.

10. Aspectos básicos de una propuesta para mejorar la calidad de la atención urgente y de emergencia.

Para el entrevistado, la propuesta para mejorar la calidad de la atención urgente tiene como elemento central la garantía de funcionamiento y resolución en todos los niveles de atención urgente. Además de la definición clara de responsabilidades: red de atención de emergencias con municipios y sus emergencias. Esto conduciría a una mejor organización y calidad de la atención de emergencia.

Los ayuntamientos deben hacer su parte. Por ejemplo, si (los municipios) tuvieran hospitales equipados y con recursos médicos, les garantizo que nuestra atención y su atención mejorarían. Si estos grandes municipios se hacen sus exámenes y tienen esta descentralización, podemos mejorar mucho la calidad de la atención.

La mejora en la calidad de la atención de emergencia se basa en la recalificación de los sistemas de salud municipales en la región y la consecuente mayor resolución de estos sistemas.

... sería la política de responsabilidad de la Secretaría. Serían los ayuntamientos asumiendo su papel y teniendo condiciones para resolverlos, reduciendo la demanda de hospitales especiales.

La solución para la unidad de atención de emergencia sería abrir un [...] hospital regional en la ciudad con exámenes altamente complejos y quirófanos, camas de hospital y UCI [...] para atender a toda la población de los 16 municipios ...

Por lo tanto, cuando se les desafía a pensar en una política general para mejorar la calidad de la atención de emergencia a nivel general, enfatizan la importancia de resolver los sistemas de salud municipales, hacer que la salud municipal sea responsable y organizar camas de emergencia de respaldo.

La puerta de emergencia es un retrato del funcionamiento del sistema de salud, refleja la insuficiencia de la red de atención de emergencia, o no, y la baja resolución de este sistema. En estas circunstancias, por muy desarrollado tecnológicamente que sea el hospital y su emergencia, habrá una sobrepoblación de emergencias y el consiguiente servicio deshumanizado a la población.

Otro tema enfatizado por el gerente es que, a pesar de la importancia de la autonomía gerencial, el hospital no es una isla y debe estar subordinado a las necesidades reales del sistema de salud.

... el director no es tan "rey", pero hace mucho si quiere, quiero cerrar esta sala, y no consulta el sistema (de salud) ...

Aún de importancia general para esta calificación, afirma que las universidades están distanciadas de las necesidades reales del sistema de salud.

... en Brasil [...] formamos especialistas. Así que creo que los urgentes deberían ser entrenados [...] pero no tenemos esta escuela aquí [...] creo que tendría que haber entre las opciones [...] que sean urgentes ...

Para este entrevistado, dado que no hay un profesional con este tipo de calificación, con el perfil para trabajar en emergencias, se debe llevar a cabo una capacitación en el servicio.

... tiene que proporcionar capacitación y calificación a todos los profesionales involucrados en la emergencia [...] para calificar bien al personal [...] de recepción, la enfermera, el trabajador social, luego puede mejorar ...

En Brasil, el crecimiento de la atención de emergencia debido a la realidad epidemiológica, el proceso de municipalización con el consiguiente aumento de los servicios de

emergencia, así como la adopción de nuevas estrategias de atención de emergencia adoptadas como políticas nacionales como la regulación médica. de puertas de emergencia y la implementación del Sistema Móvil de Atención de Emergencia (SAMU 192) por parte del Ministerio de Salud (BRASIL, 2003b) y la falta de profesionales capacitados para este servicio, trajeron a discusión las nuevas estrategias para capacitar a profesionales capacitados por esta ayuda

Entre estas estrategias de capacitación se encuentra la discusión sobre la atención de emergencia como un área de especialización multidisciplinaria. "Hay pocos profesionales con cursos de especialización en urgencia y poco reconocimiento de pares a profesionales. Por lo tanto, los hospitales universitarios han cerrado con frecuencia sus servicios de emergencia, y las universidades, las salas de emergencia en los centros de salud; existe, en cierto modo, la "subcontratación" de capacitación urgente entre profesionales de la salud. Por lo tanto, es probable que la creación de la disciplina y la especialidad Urgencias Médicas sea la alternativa para el desarrollo de la sistematización y la evaluación crítica de las prácticas, así como para la producción de nuevos conocimientos ". Otra estrategia es fortalecer las residencias médicas en hospitales de emergencia terciarios. Residencia de las diversas especialidades médicas y de enfermería. Con eso tendríamos especialistas clínicos, pediatras, neurólogos, traumatólogos, entre otros, con una buena capacitación en atención de urgencias y emergencias. Como informa el entrevistado:

... todos están bien entrenados, la mayoría de ellos hicieron Residencia Médica aquí, siempre damos prioridad a los médicos que fueron nuestros residentes que vinieron aquí y logramos con éxito nuestro objetivo ...

Otro elemento importante para mejorar la calidad aportada por el entrevistado es la remuneración diferenciada de quienes trabajan en emergencias.

... también es parte de la cuestión del incentivo financiero [...] para trabajar en una emergencia de este tipo y no tienes un apoyo financiero razonable, no pasas mucho tiempo [...] porque es un campo de guerra, cualquier emergencia Es un campo de guerra.

El entrevistado, va más allá del aumento de los salarios, propone un régimen especial de jubilación para los médicos como elementos importantes para la fijación de profesionales y la calificación de la atención de emergencia.

Creo que esto: que el médico tenía que tener un tratamiento [...] diferenciado. Creo que el tipo que trabaja en la emergencia no podría competir con una persona que está en la elección en términos de jubilación. Entonces, si creas una forma en la que el tipo que cumple 25 años de servicio se jubilaría, [...] puedes arreglar a las personas ...

El papel de la mejora financiera para estimular el desempeño de los profesionales, en la mejor calidad de la atención y el consiguiente mejor servicio a la población, ya abordado en este capítulo, es uno de los componentes de la motivación de los profesionales. Sin embargo, su papel en la calidad de la asistencia prestada es innegable. "Otras mejoras, que pueden ser 'acreditadas' a la política de evaluación y gratificación de los funcionarios públicos, fueron la agilidad en la realización de pruebas de laboratorio urgentes y una mejora notable en la calidad de los registros médicos en todas las unidades de atención hospitalaria ” (Oliveira et al., 2019).

Entre los cambios internos para la calificación de la asistencia, el entrevistado propone el reajuste de la puerta del hospital de emergencia para garantizar la atención inmediata de los pacientes con riesgo de vida, según lo recomendado por Quali-SUS (Brasil, 2011).

Deberíamos tener acceso exclusivo a la unidad de trauma. El paciente gravemente enfermo, el paciente que realmente está en el perfil del hospital, no competiría con el paciente clínico y diabético, caería directamente en la unidad de trauma.

[...] el tiempo es algo extremadamente importante, reflejado en la mortalidad de este paciente.

También hay problemas culturales que tomarán mucho tiempo cambiar, como el hábito de la población de buscar emergencias para resolver cualquier problema de salud.

... aún habrá personas que, aunque saben que su caso no es un caso para ser tratado en un hospital de complejidad como el nuestro, todavía vendrán aquí, porque es más cómodo, porque es más barato para él tomar un autobús solo, haga una radiografía de inmediato y sea medicado.

Este es un tema relevante a enfrentar y tiene como uno de los principales determinantes la baja resolución de la atención primaria de salud, pero principalmente con la organización del sistema de salud que garantiza la territorialización, la adhesión a la clientela y la consecuente responsabilidad del equipo de profesionales con La salud de su población.

11. Condiciones del equipo directivo para desarrollar una propuesta de mejora de la calidad.

En cuanto a la capacitación, experiencia y compromiso con el trabajo del equipo de gestión, el entrevistado afirma haber tenido excelentes profesionales, especialmente en emergencias y gestión administrativa, lo que facilitó sustancialmente su trabajo.

... el equipo de administración del hospital, creo que es razonable, con la excepción de algunos casos esporádicos, creo que la mayoría de ellos son muy competentes. Más competencia que experiencia, diría ...

El entrevistado enfatiza la importancia de una capacitación específica en la administración del hospital y señala la ausencia de esta capacitación en el personal del hospital.

... pero, la falta de gestión es la preparación para ser un gerente. Estamos con mucha gente en ciertos lugares para alojamiento, algunos de ellos han estado allí durante muchos años, pero creo que faltaría capacitación específica para administrar.

Por lo tanto, el gerente entrevistado afirma que existe un gran compromiso y disponibilidad de los empleados. A pesar de las críticas sobre la capacitación de los profesionales que integran las administraciones, no informaron ninguna iniciativa de la administración del hospital o la Secretaría Municipal para la capacitación en administración del hospital. Asimismo, el gerente abordó, como uno de los obstáculos para una buena administración, la profesionalización de la administración del hospital, tal vez debido a las reglas actuales de ocupar puestos como confiables de la administración municipal, una condición en la que este gerente fue designado. Históricamente en Brasil, la gestión hospitalaria es un espacio asumido por la categoría médica como una forma de legitimar su poder. “cuando un médico se convierte en director del hospital, lo hace como parte de su propia carrera médica. No se transforma profesionalmente ni se especializa. Esta actividad es, en general, complementaria, centrada en el sentido común, en su liderazgo innato, en su poder personal para congregarse y negociar ” (Silva & Santos, 2012).

Uno de los cuellos de botella existentes, para el entrevistado, es la baja remuneración de la bonificación para el equipo de gestión técnica.

Entrevistado UPA-Brasil,2020.

... una gran dificultad es en términos de remuneración. Hay una gran disparidad hoy. El director gana R \$ 3,600.00 [...] el jefe de enfermería tiene un trabajo muy grande para ganar R \$ 3,000.00 ...

Para este gerente, un financiamiento más justo del hospital, así como una mayor flexibilidad administrativa con el pago de las metas establecidas y logradas por el hospital, darían una mejor condición administrativa.

... Traté de contratar el hospital con el Ministerio de Salud [...] íbamos a contratar algunas cosas en términos de objetivos: mejorar la mortalidad instintiva, mejorar la infección, cosas que son realmente importantes [...] Esto traería alrededor de 350 mil reales al hospital. Lo cual creo que es buen dinero...

Por lo tanto, una cuestión importante que también tiene que ver con la profesionalización de la administración es la cuestión de los montos pagados a los puestos de administración hospitalaria en estos hospitales públicos. Si bien este gerente informa sobre su esfuerzo por lograr la contractualización de los objetivos propuestos por el Ministerio de Salud, se evidencia en sus palabras: "Eso traería alrededor de 350 mil reales a la unidad de salud", la importancia dada a la contratación como un mecanismo para mitigar El problema de la subfinanciación del hospital, que es un tema central para los gerentes de hospitales públicos con servicios de emergencia.

Según este entrevistado, estos recursos permitirían hacer un mejor pago para los diferentes jefes, así como establecer la figura de los gerentes de cada piso del hospital con responsabilidad por cuestiones administrativas como la duración de la estadía de los internos y los objetivos contractuales, vinculados a los jefes del hospital. servicios

Segundo Gestor entrevistado,

... sensibilidad administrativa, quieres cobrarle al jefe, no puedes.

... Mi idea es exactamente la siguiente [...] es poner a una persona que era gerente de planta [...] Él identificaría cosas, problemas y con eso sería monitoreado [...] constantemente puede hacerlo, porque con este dinero incluso puede contratar, esto está previsto [...] Si tomo 16 gerentes y doy un bono de dos mil reales por mes, recibiré esto en doble, en triple.

La contratación de hospitales docentes comenzó en mayo de 2004 a través del Programa de Reestructuración de Hospitales Docentes, de acuerdo con esta ordenanza “el proceso de contratación se entiende como el medio por el cual las partes involucradas, el representante del hospital docente y el gerente local del SUS, establecen objetivos cuantitativos y cualitativos del proceso de atención de salud, enseñanza e investigación y gestión del hospital que deben ser monitoreados y atestiguados por el Consejo de Administración de la Institución o por el Comité Permanente de Monitoreo de Contratos ”.

“Por lo tanto, buscamos redefinir el papel del Hospital Docente en el sistema municipal o de referencia, de acuerdo con el alcance y el perfil de los servicios que se ofrecerán, de acuerdo con las necesidades de salud de la población, determinando los objetivos a cumplir ; la calificación de la inserción del Hospital Docente en la red de salud estatal / municipal, las definiciones de los mecanismos de referencia y contrarreferencia con las otras unidades de salud; cambio de estrategias de atención; la humanización de la asistencia sanitaria; mejorar la calidad de los servicios prestados a la población; la calificación de la gestión hospitalaria; y el desarrollo de actividades permanentes de educación e investigación de interés para el SUS ” (Brasil, 2011).

El contrato prevé el pago global de los recursos promedio anteriores más un incentivo para contratar a hospitales certificados. Los hospitales públicos administrados por la Secretaría de Salud del Estado certificados como hospitales docentes fueron los Hospitales Oswaldo Cruz, el Centro Integrado de Salud Amaury de Medeiros, Agamenon Magalhães, Getúlio Vargas y el Hospital da Restauração. A partir de junio de 2005, a través del decreto interministerial 907, el Ministerio de Salud asignó una cantidad anual de R \$ 1,200,000.00 como incentivo para contratar objetivos para estas unidades, pero con la transferencia de recursos a la Secretaría de Salud del Estado (SES) (Brasil, 2011).

Como podemos ver, al momento de realizar esta investigación, SES ya recibió los fondos destinados a fomentar la contratación. A pesar de las expectativas generadas por el entrevistado de que estos recursos complementarios se descentralizarían al hospital y permitirían su uso como un incentivo para mejorar la atención y el manejo del hospital, estos recursos no se descentralizaron al hospital.

Para el Demandado, las reglas de la administración pública son ineficientes e ineficaces, no otorga autoridad a los gerentes en la gestión de los recursos humanos, un problema central para la buena gestión.

Este entrevistado, a pesar de su compromiso político con el servicio público, muestra las decepciones con el tiempo y el cansancio con la gestión pública.

Queríamos, queríamos construir algo. Al hacer algo diferente, creía en el servicio público [...] creo, creo que SUS será nuestro mayor empleador, ya es nuestro mayor empleador y será la salida para la gran mayoría de los médicos. Ahora tenemos que luchar para mejorar las condiciones laborales y salariales.

La ineficiencia de las reglas de la administración pública, discutida aquí, principalmente en la gestión de los recursos humanos, se informa como desautorizante y

desalentador en la gestión pública, aunque este desaliento también puede deberse a su compromiso corporativo. El condicionamiento de la respuesta a una agenda sindical de médicos para mejores salarios y condiciones de trabajo para una mayor colaboración de los trabajadores hace evidente este vínculo corporativo.

12. ANÁLISIS FINAL: conclusiones y resultados

El análisis final de la calidad de la atención de emergencia multidisciplinaria de mediana complejidad en la unidad de atención de emergencia en la ciudad de Iporá fue el momento que exigió el mayor esfuerzo. El diálogo de métodos y técnicas variados fue el desafío, en una situación en la que la bibliografía estudiada sobre los métodos utilizados no era suficiente para trazar el camino concreto de cómo analizar un fenómeno dado, que se aborda, al mismo tiempo, mediante métodos y técnicas cuantitativas y cualitativo Hay varios resultados: satisfacción del usuario, motivación de los médicos y enfermeras, condiciones de trabajo ofrecidas a estos profesionales, observación de las condiciones ofrecidas y organización de la atención de emergencia, análisis de registros médicos y análisis político del gerente de la unidad de atención de emergencia en la asistencia. urgencia proporcionada. Buscar la percepción apprehendida en cada una de estas técnicas y construir la explicación de síntesis fue una tarea difícil.

La evaluación de un fenómeno complejo, como la asistencia de emergencia por parte de los usuarios del servicio, los profesionales y los gerentes, será diferente, donde hay un conjunto de perspectivas ideológicas, corporativas y técnicas diferentes, pero cuyo interés común es el mantenimiento de la vida y el alivio de sufrimiento Escuchar a todos los involucrados es un paso importante para ampliar la evaluación y así acercarse a la esencia de estas evaluaciones y producir una explicación resumida.

A partir de una realidad concreta que es la asistencia urgente y la calidad con la que se proporciona (el objeto), hubo una deconstrucción de este objeto en evaluaciones segmentadas en capítulos anteriores, en fragmentos de un todo y que también es una nueva construcción a partir de El aspecto de los segmentos involucrados. El momento de reconstruir el objeto, unir y unir las evaluaciones, fragmentos de este objeto, debe ser bastante rico, producirá una nueva evaluación, nuevamente una nueva construcción, que es un intento de reconexión con la realidad, donde la intención es reconectar el todo, el complejidad del objeto.

Para elaborar el análisis final, fue necesario desarrollar un instrumento que permitiera sistematizar todos los resultados de las dimensiones propuestas para este análisis. El primer paso fue recuperar las dimensiones orientadoras de la formulación de la evaluación de calidad a analizar:

- Análisis de estructura y proceso.
- Condiciones ofrecidas y
- Trabajo de profesionales.
- Análisis de las dimensiones de calidad.
- Recepción y
- Respeto a los derechos de las personas:
 - Confidencialidad de la información;
 - Privacidad en la asistencia;
 - Derecho a la información;
 - Confort;
 - Dignidad y cortesía;
 - recepción;
 - Priorización de la atención al usuario;

-Percepción de la calidad de la asistencia por parte de los usuarios.

El segundo paso fue identificar en la Matriz para la elaboración de los instrumentos en los cuales las evaluaciones realizadas con usuarios, profesionales, gerentes y observaciones se abordaron o pudieron correlacionar el tema (dimensión). El tercer paso fue extraer de los resultados y discusiones las variables de las dimensiones contenidas en ellas que deberían analizarse. El cuarto paso fue releer cuidadosamente todos los resultados y debates, con la frecuencia necesaria, para eliminar los pasajes en los que se abordan la dimensión y las variables y transportarlos a Matri de los resultados.

13. CONDICIONES OFERECIDAS

El gerente de la unidad, cuando evalúa las condiciones ofrecidas, lo evalúa como insatisfactorio, principalmente en relación con el hacinamiento de las emergencias. Este director piensa que los usuarios evalúan las condiciones ofrecidas en emergencias como buenas debido a sus bajas condiciones sociales y, en consecuencia (en su evaluación), sus bajas expectativas en relación con las condiciones ofrecidas. Sin embargo, esta no fue la evaluación encontrada en la evaluación de la satisfacción del usuario, las condiciones ofrecidas fueron unánimes en nosotros, con un nivel de insatisfacción superior al 55%, siendo mayor en usuarios adultos jóvenes, con educación superior y hombres, mostrando ignorancia del gerente y la subestimación de la capacidad de los usuarios para indignarse con la "calidad" de la asistencia brindada, incluso si es en el momento de la asistencia, que, como vimos anteriormente, podría estar bajo la influencia del sesgo de gratitud.

Esta crítica de los usuarios con las condiciones ofrecidas es mayor que la insatisfacción de los médicos y enfermeras en relación con las condiciones de trabajo. Los profesionales se quejan de las condiciones generales de trabajo, la gestión y organización del trabajo y los equipos y suministros, siendo esta última la categoría de análisis peor evaluada por médicos y enfermeras, aunque esta no es la evaluación de los gerentes que llegan a reclamar quienes tienen el mejor apoyo del equipo del SUS para atención de emergencia, como afirma el entrevistado, centrando sus críticas en el hacinamiento de las emergencias. A pesar de la cuestión crítica del análisis de las condiciones laborales generales que ofrece la unidad de salud, un solo gerente

(Entrevistado) menciona la importancia y la inversión realizada para mejorar la cafetería y las condiciones de descanso de los profesionales para una mayor satisfacción de los profesionales y la mejora de los servicios. Calidad de la atención.

Hacinamiento de y se observó en la observación, que es la expresión más evidente de las malas condiciones ofrecidas, aunque se debe a otros factores, como la regulación de la puerta de emergencia y la falta de satisfacción de las necesidades de asistencia de la población por parte del sistema de salud, pero también dependen de Organización interna de emergencias que garantizan una mayor agilidad en la recolección y entrega de los resultados de las pruebas, así como la asignación prioritaria de camas a la emergencia.

Este tiempo de espera para los exámenes y resultados es particularmente crítico para las pruebas de laboratorio. Para los profesionales, el soporte de laboratorio presenta la peor evaluación de medios diagnósticos y terapéuticos, lo que se corrobora con la evaluación del entrevistado, que establece que la demora en la realización de los exámenes es una queja común, por urgente que sea, a veces debido a la falta de profesionales para recopilar, así como, el tiempo de entrega de los resultados. Estos hallazgos se confirman al observar los tiempos de espera. Los datos recopilados muestran más de tres horas para que lleguen los resultados de las pruebas de laboratorio. Esto también se refleja en la satisfacción del usuario. Los tiempos de espera tienen la segunda mayor insatisfacción del usuario entre las condiciones ofrecidas.

La mayor insatisfacción de los usuarios con las condiciones ofrecidas no está de acuerdo con la evaluación de los profesionales que evalúan esta emergencia como la que ofrece las condiciones de trabajo más favorables, así como con las observaciones realizadas en las que se encontraron los mejores tiempos de espera, un mayor disponibilidad de medios de diagnóstico, mayor implantación de recepción, clasificación de riesgos y responsabilidad ante el usuario en esta emergencia. El resultado tal vez determinado por el perfil de casos más graves que llegan a este hospital y que se ve reforzado por el hallazgo de una mayor insatisfacción con las condiciones ofrecidas en esta emergencia de los usuarios con quejas de causas externas, sin embargo, no corroborado por un gerente que afirma ser el la satisfacción del usuario es mayor cuanto mayor es la gravedad del caso.

14. TRABAJO DE PROFESIONALES

La mejor evaluación del trabajo de los profesionales por parte de los usuarios en relación con las condiciones ofrecidas es consistente con el perfil motivacional de los profesionales altamente motivados para trabajar en emergencias y en particular porque el logro en el trabajo es el factor motivador más importante para los médicos y enfermeras. Como vimos en el Capítulo 3, como este factor se refiere a la búsqueda del placer y la realización personal y profesional, la independencia del pensamiento y la acción en el trabajo a través de la autonomía intelectual y la creatividad, existe una clara relación entre esta motivación para el trabajo en sí mismo. La buena evaluación del trabajo de los profesionales por parte de los usuarios. Otro factor que corrobora esta evaluación son los resultados con un llenado razonable de los registros médicos de los pacientes por parte de los médicos, lo que demuestra cierta responsabilidad con la garantía del trabajo realizado y sus implicaciones éticas y legales.

Sin embargo, la intensidad de la motivación de los profesionales en general y la evaluación de las condiciones ofrecidas por los hospitales no se correlacionaron con la satisfacción de los usuarios con las emergencias. En caso de emergencia, tenemos la mayor satisfacción de los usuarios con el trabajo de los profesionales y la menor motivación de los profesionales y las condiciones que ofrece el hospital similar a otros hospitales.

Esta comprensión de la buena evaluación de los usuarios es compartida por los gerentes de los hospitales que son unánimes al decir que los usuarios tienen una buena evaluación de emergencias, por varias razones, pero principalmente para el trabajo de los profesionales, a pesar de las precarias condiciones de trabajo ofrecidas a los profesionales. Por las condiciones que brinda el hospital, creo que los trabajadores en general, los empleados en general, trabajan demasiado en la emergencia ”(Entrevistado). Aunque hay una evaluación del trabajo de los profesionales mejor que las condiciones ofrecidas por los usuarios, esta mejor evaluación no fue suficiente para cubrir los problemas de las unidades. Así como, a pesar de la gran satisfacción de los usuarios con el trabajo de los profesionales, esta gran satisfacción no fue unánime, existe un nivel de insatisfacción del 42.1%, lo que es consistente con otras evaluaciones de los usuarios de esta emergencia.

La correlación de una mayor motivación de los profesionales con las mejores condiciones ofrecidas percibidas por las enfermeras y una peor evaluación de las condiciones con menor motivación de los médicos, esta correlación también es valorada por el entrevistado

B cuando busca un mayor compromiso de los profesionales con mayor motivación para el ejercicio de trabajo. Para este gerente, el instrumento de motivación es la transparencia de la gestión que garantizará una mayor participación de los profesionales con el trabajo y el hospital.

El pequeño valor atribuido al prestigioso factor motivacional que representa para los profesionales un pequeño reconocimiento del trabajo en emergencias por parte de la sociedad y en particular por parte de los gerentes de salud, así como el alto valor dado a la estabilidad, puede interpretarse y correlacionarse con posibles bajos salarios pagados a los trabajadores profesionales de emergencias durante el período de investigación. El entrevistado A reconoce esta correlación al enfatizar la mejora de la remuneración como un factor motivador para un mayor compromiso y mejora en la calidad de la atención brindada en emergencias, un papel también reconocido por el entrevistado B, sin embargo, para las funciones de gestión del hospital.

Al correlacionar el perfil de los profesionales con la importancia de la experiencia y la capacitación de los profesionales informados por los gerentes entrevistados, se observa que: los médicos son más jóvenes (25 y 34 años) que las enfermeras (35 y 44 años), por lo tanto, con menos experiencia la mayoría de las enfermeras y médicos están capacitados en residencia o especialización; y la mayoría eligió trabajar en emergencias. Por lo tanto, a pesar de la queja de inexperiencia y capacitación inadecuada de sus profesionales por parte de dos gerentes de hospital (Entrevistados A y B), la situación no es tan grave, principalmente porque estos profesionales demostraron que trabajan en emergencias como su propia opción. Sin embargo, la alta rotación, especialmente de los médicos, y la falta de capacitación específica para la atención de emergencia muestran la necesidad de una capacitación específica como lo menciona el entrevistado C, cuando mencionan que en un momento determinado "todos tenían eso, ATLS (avanzado soporte vital traumático) [...] si no me equivoco con tres cursos, los que estaban en ese momento estaban obligados a tomar ", así como la búsqueda de mecanismos para una estadía más larga de profesionales.

15. ANALISIS DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD

15.1 Recepción

La recepción, a pesar de ser un cambio en la relación entre profesionales y usuarios, una acción continua que debe llevarse a cabo en todos los lugares y momentos de la atención médica realizada por todos los profesionales de la salud, es en la recepción de emergencia donde tiene

lugar la primera línea de atención. Al evaluar la satisfacción de los usuarios con la calidad de la atención por sectores de emergencia, la mayor insatisfacción se encuentra en la recepción, aunque la evaluación de los usuarios sobre la amabilidad del personal de recepción (76.5%) y el tiempo de espera es bueno para ingresar al hospital (78.3%), un resultado similar en relación con la medición del tiempo de espera para ingresar a la emergencia, es decir, la insatisfacción de estos usuarios se debe a problemas como la disponibilidad de empleados para brindar orientación y comodidad, además de si este es el momento de mayor incertidumbre por parte de los usuarios, lo que debería generar mayor angustia para los usuarios.

Al comparar esta evaluación entre hospitales, aquellos con las peores evaluaciones de recepción son, de manera contradictoria, emergencias que presentaron los mejores resultados en términos de tiempo de acceso, más del 78% de los usuarios tardan un máximo de 10 minutos en ingresar a los hospitales. También es en la emergencia que hubo una mayor estructuración de la recepción con una mayor diversidad y un mayor número de profesionales que componen el equipo y con el funcionamiento más amplio y más efectivo de la clasificación de riesgos. Sin embargo, es en esta emergencia que existe una mayor insatisfacción de los usuarios con el trabajo de los profesionales. Estos resultados aparentemente contradictorios muestran que la satisfacción del usuario en el momento de la llegada a la emergencia tiene otros factores determinantes, como una estructura arquitectónica arcaica de las puertas de emergencia, forzando una situación de coexistencia de personas con todos los grados de riesgo. Estas situaciones conflictivas entre los servicios y los usuarios, en particular las de bajo riesgo, se explican en la declaración del entrevistado B al afirmar: "los reclamantes son los usuarios atendidos en la sala de emergencias que no deberían ser atendidos en una emergencia muy compleja" como, en la baja adherencia de los profesionales de emergencias a la propuesta de bienvenida con clasificación de riesgo evidenciada en las observaciones hechas en emergencias.

Pensando en dar la bienvenida mientras este cambio en la relación entre profesionales y usuarios y que ocurre en todo momento de la atención de emergencia, necesitamos valorar la buena evaluación que los usuarios hacen del trabajo de los profesionales y la buena motivación para el trabajo de médicos y enfermeras con respecto al factor motivacional relaciones sociales que se refiere a la búsqueda de profesionales para relaciones positivas en el trabajo y contribución a la sociedad.

A pesar del reconocimiento de los entrevistados de que la propuesta de recepción con clasificación de riesgo es el elemento central de la recalificación de la organización de emergencias presentada por el Ministerio de Salud a través de Quali-SUS, solo el Entrevistado lo asumió como la propuesta de calificación asimilada y desarrollada en el hospital.

Esta no adherencia o adhesión no comprometida de la mayoría de las direcciones hospitalarias tuvo repercusiones entre los profesionales de emergencias.

Las observaciones realizadas también mostraron el poco compromiso de los médicos y enfermeras con la propuesta de acoger con clasificación de riesgo justificada por la falta de profesionales y la falta de adherencia de los médicos, lo que de hecho significó el rechazo de nuevas asignaciones, el cambio de rutinas y la implantación de nuevas tecnologías.

Esta no participación o participación parcial de gerentes y trabajadores con la propuesta de acoger con clasificación de riesgo tiene como consecuencia la implementación desigual de la propuesta evidenciada en las observaciones del investigador. En ninguna de las tres emergencias se organizaron espacios de acuerdo con esta clasificación de riesgo, con los diversos grados de riesgo coexistiendo en el mismo espacio. Esta desorganización de la asistencia tiene un impacto en el manejo de la atención, evidenciado por los largos tiempos de espera para los exámenes clínicos y radiológicos, además de la observación de que en estas emergencias los pacientes son hospitalizados en camillas en los pasillos de estas emergencias.

16 Respeto A Los Derechos De Las Personas.

a) confidencialidad

La satisfacción del usuario con la confidencialidad de la información cuando es atendido por médicos y enfermeras, en particular con la confianza de los usuarios en contar sus problemas a los médicos (90.5% de satisfacción) es consistente con la alta valoración del logro de factores motivacionales en el trabajo y relaciones sociales que conducen a una mayor apreciación del médico y la enfermera por el trabajo en sí y en la construcción de relaciones con colegas y usuarios, lo que lleva a una mayor dedicación a los pacientes.

b) privacidad

La gran insatisfacción de los usuarios con la privacidad de la atención, en particular (45,7%) y entre los ancianos, se ve corroborada por la observación del hacinamiento de las

emergencias en la observación y el discurso de un gerente: “nosotros, la semana pasada, nos enfermamos en el piso, no estaba en cartón, estaba literalmente en el piso. Es vergonzoso, pero es cierto ”(Entrevistado), este hacinamiento de emergencias supera la incomodidad de la imposibilidad de garantizar la privacidad en la asistencia brindada al usuario.

c) Derecho a la información

A pesar del buen trabajo, evidenciado en la observación sistemática, de los equipos de recepción para guiar a los usuarios cuando llegan a emergencias, guiando y ayudando a los pacientes a encontrar los sectores del hospital como se informó anteriormente, especialmente en los recursos humanos donde la recepción estaba mejor estructurada , los resultados de la satisfacción del usuario en relación con el derecho a la información no fueron muy satisfactorios (65%), y la disponibilidad de los empleados para proporcionar orientación es el tema peor evaluado, lo que es contradictorio con la mejor implementación del host con clasificación de riesgo en el El trabajo de los profesionales para guiar a los usuarios en la puerta de emergencia.

El resultado opuesto se encuentra en relación con la facilidad para encontrar los diversos sectores de los hospitales en los que existe una buena satisfacción del usuario (72,2%) y la observación en las observaciones realizadas por los investigadores de la señalización deficiente en emergencias, además de la falta de divulgación de especialidades médicas ofrecidas en la emergencia.

d) Dignidad y cortesía.

La evaluación de la dignidad y la cortesía en el servicio al usuario es similar al derecho a la información, con un 65%. Este trato digno y cortés al usuario tiene preguntas sobre las acciones de los profesionales y las condiciones ofrecidas a los usuarios, entre estos, los temas mejor evaluados por la amabilidad de los profesionales y la disponibilidad de los profesionales para el servicio. Por lo tanto, la gran motivación de los profesionales en relación con el factor motivacional de las relaciones sociales que se refiere a la contribución del profesional a la sociedad y la búsqueda de relaciones sociales positivas en el trabajo a través del trabajo, debe contribuir y justificar la amabilidad y disponibilidad de los profesionales para trato digno para el usuario.

La mayor satisfacción de los usuarios con la posibilidad de la presencia de un acompañante (80%) fue corroborada por la observación de los investigadores de que todas las emergencias permiten la presencia de un acompañante en la atención de urgencia, aunque

ninguno de los hospitales ofrece ningún tipo de alojamiento. Del mismo modo, la gran satisfacción con la facilidad de ingresar al hospital (78.3%) se confirma midiendo el tiempo promedio de espera para ingresar a la emergencia de 13 minutos durante el día y 7 minutos por la noche, que, como vimos en el segundo capítulo, es un resultado muy razonable.

El entrevistado confirma la mayor insatisfacción de los usuarios con la imposibilidad de presentar quejas y ser escuchado dentro del hospital, quien afirma que no existen mecanismos formales para escuchar a los usuarios, siendo la recepción en la puerta de emergencia el único momento en que se escucha al usuario.

e) Comodidad

La mayor insatisfacción de los usuarios con la comodidad (56%) se evidencia en las declaraciones de los gerentes que dicen que tienen pacientes en el piso de emergencias, así como, debido al hacinamiento de las emergencias "el ambiente es demasiado insalubre, hay días para caminar en la emergencia es difícil debido al número de pacientes, lo cual no es lo ideal "y agrega:" A veces me da vergüenza ir por lo que les estamos ofreciendo a la población y a ellos "(Entrevistado). El testimonio de este entrevistado valora la evidencia de que en estos servicios los pacientes son "hospitalizados" durante un largo período en camillas en los pasillos de emergencias.

Esta evaluación de usuarios y gerentes también es realizada por médicos y enfermeras al evaluar las condiciones de trabajo ofrecidas por la unidad de salud, entre las categorías de condiciones, la comodidad es la peor condición evaluada particularmente por los médicos. Entre las preguntas que conforman las condiciones ofrecidas, la comodidad como condición de trabajo tiene la peor evaluación entre todas las preguntas. Por otro lado, la mala evaluación de la comodidad como condición de trabajo es consistente, como se vio anteriormente, con el bajo prestigio percibido por los médicos y enfermeras como un factor motivador.

En la comodidad ofrecida a los profesionales, la calidad de la comida es el tema mejor evaluado, un resultado similar a la satisfacción de los usuarios con la calidad de las comidas servidas por los hospitales.

Aunque los usuarios evalúan muy bien la limpieza del hospital, es la pregunta mejor evaluada con respecto a la comodidad y entre las enfermeras y los médicos, las evaluaciones son en su mayoría malas para la limpieza. En las observaciones realizadas sobre la limpieza

inmediata del medio ambiente en situaciones de emergencia, los resultados fueron una buena limpieza durante el día y una limpieza deficiente durante la noche.

f) Priorizar la atención al usuario

La buena evaluación de los usuarios en relación con la facilidad de ingresar al hospital (78.3%), como vimos anteriormente, tiene su resultado confirmado al observar la medición del tiempo de espera para ingresar en emergencias en las que más del 78% de los usuarios los llevan al hospital. máximo 10 minutos para ingresar a la unidad. Sin embargo, este resultado no corresponde a las evaluaciones de otros usuarios con respecto a los tiempos de espera, la insatisfacción encontrada (48.1%) solo es superada por la evaluación de la comodidad.

Esta gran insatisfacción de los usuarios con la espera se evidenció en las mediciones de los tiempos de espera realizados en las observaciones del investigador. La insatisfacción del 43.2% de los usuarios que esperan ser atendidos se confirma por el tiempo promedio de espera para este servicio de 41 minutos durante el día y 38 durante la noche y que en la evaluación de las condiciones de trabajo se confirma por la gran cantidad de llamadas realizado por los profesionales, según la opinión de los profesionales entrevistados. La insatisfacción del usuario (37.5%) también se debe al tiempo para realizar pruebas de laboratorio, compatible con el tiempo promedio de más de una hora para recolectar material en ambos períodos, tiempos no compatibles con la situación de asistencia en un urgencia El resultado confirmado por el entrevistado A, quien afirma que la demora en la realización de las pruebas, debido a la falta de profesionales para la recolección, es una de las principales quejas de los usuarios.

Además, en relación con los tiempos de espera para los exámenes de imágenes, la insatisfacción de los usuarios es alta (45,7%), esta insatisfacción está respaldada por los tiempos de espera medidos en las tres emergencias, con la excepción del tiempo de espera para las radiografías. lo cual es bastante satisfactorio Como los tiempos de los otros exámenes de imagen de ultrasonido y tomografía), son bastante largos justifica la mala evaluación de los usuarios.

Aunque los tiempos de espera son más cortos para los exámenes, con la excepción de los rayos X, este mejor rendimiento no condujo a una mayor satisfacción del usuario, en esta emergencia, se encuentra la mayor insatisfacción de los usuarios con tiempos de espera (55.0%). Una vez más, este resultado refuerza la tesis de que la satisfacción con el tiempo de espera está relacionada con la gravedad del caso. Como en este hospital hay un perfil de casos

más graves, esto es decisivo en una mayor demanda con un tiempo de espera más corto para la atención, los procedimientos y las pruebas de laboratorio y de imágenes.

g) Asistencia clínica

La gran motivación de los médicos y enfermeras, especialmente en relación con su desempeño en el trabajo, fue probablemente un elemento influyente en la buena evaluación general de los usuarios en relación con el trabajo de los profesionales, así como en la buena evaluación específica de la atención clínica brindada por los profesionales a los usuarios, particularmente en relación con la paciencia del médico para escuchar los problemas de salud, sus detalles en la realización del examen clínico y también en la buena evaluación de la enfermería en relación con la atención con medicamentos y dieta. Esta buena satisfacción de los usuarios con la asistencia brindada por los profesionales se ve corroborada por las entrevistas a los gerentes que enfatizan que la satisfacción de los usuarios con la asistencia de emergencia está determinada por el trabajo de los profesionales, a pesar de las condiciones ofrecidas por el hospital. De hecho, se concluye que la satisfacción del usuario, cuando ocurre, se debe principalmente a la buena evaluación del trabajo de los médicos y enfermeras.

Sin embargo, esta evaluación de la atención clínica se ve afectada según el entrevistado A por la falta de profesionales y la alta rotación que conduce a la inexperiencia de los profesionales, además de su calificación inadecuada para la atención de emergencia. Esta opinión se ve reforzada por la evaluación crítica de los usuarios en relación con el número de médicos y enfermeras para proporcionar una buena asistencia, a pesar de la buena evaluación del trabajo de los profesionales.

La evaluación crítica en relación con el número de profesionales se refiere al número de profesionales que realmente brindan asistencia de emergencia, no es una evaluación del número de profesionales asignados a emergencias que, como ya hemos visto en el quinto capítulo, principalmente en relación con los médicos, Parece ser suficiente.

Esta buena evaluación de la atención clínica por parte de los usuarios también se ve reforzada por la ausencia de quejas con respecto a las condiciones tecnológicas para la atención, por el contrario, el entrevistado afirma que su hospital es el mejor equipado en el estado SUS. Las críticas existentes se deben a la falta de obras o recursos humanos para abrir salas o servicios como cafetería. Para los gerentes, el exceso de demanda es un factor consensuado que define la

caída en la calidad de la atención clínica, tal vez este exceso de demanda es responsable de los malos resultados de completar los registros médicos de los médicos y especialmente las enfermeras.

A pesar de que la emergencia del Hospital da Restauração es la peor valorada por los usuarios en relación con la asistencia clínica, el 45,7% de la insatisfacción, es en esta emergencia que existe la mayor motivación para el trabajo en relación con el logro del factor motivacional en el trabajo, que como ya vimos anteriormente sería el factor de motivación más determinante para una mejor atención al paciente. También en esta emergencia se encontraron los tiempos de espera más cortos a los que están sujetos los usuarios, además de tener una mayor disponibilidad de medios de diagnóstico, factores que mejoran la atención clínica brindada. Estas evidencias refuerzan las conclusiones anteriores de que el perfil de los pacientes más graves es un determinante de una mayor crítica por parte de los usuarios. Resultado que debe entenderse en su complejidad, no solo en relación con su coherencia en relación con los otros resultados. Quizás una mayor crítica a los usuarios de emergencias está determinada por la mayor necesidad de puntualidad en la asistencia brindada debido a esta mayor severidad.

La riqueza de los resultados obtenidos en este estudio muestra la complejidad de evaluar la calidad de la atención urgente y de emergencia. Estos resultados se refieren a las evaluaciones realizadas a partir de las dimensiones elegidas, otras evaluaciones con otras referencias posiblemente tendrán resultados diferentes. El uso de varios enfoques metodológicos para comprender la evaluación de los usuarios, trabajadores y gerentes con el fin de evaluar la calidad de la atención de emergencia ha demostrado ser una poderosa herramienta metodológica para abordar problemas complejos. Se espera que los resultados y conclusiones obtenidos por el estudio sean importantes no solo para las emergencias estudiadas, sino que, al tratar con una amplia variedad de métodos y evidencia, fue posible hacer algunas generalizaciones a las proposiciones teóricas sobre los temas tratados aquí, tales como:

- La satisfacción del usuario debe ser el objetivo central de la atención médica.
 - El respeto a los derechos de las personas no forma parte de la agenda de los gerentes.
 - Valorar a los profesionales por su motivación y mejorar la calidad de la atención debe ser una herramienta gerencial sólida.
- La estructura y organización de la asistencia no es muy acogedora.
- La red de hospitales debe invertir en tecnologías de gestión de urgencia ligeras:

- Recepción con clasificación de riesgo;
- Organización de la asistencia según el grado de riesgo;
- Horizontalización de la asistencia;
- Regulación de la puerta de emergencia;
- Camas traseras y
- Auditoría de registros médicos.

Por lo tanto, se hace evidente que debemos estar atentos al desempeño de la asistencia brindada al cliente en la sala de emergencias, para que podamos identificar oportunidades de mejora en el proceso de atención. Este estudio nos ha llevado a reflexionar sobre muchos aspectos de la sistematización de la atención a esta clientela. El primero fue que existe una necesidad urgente de intervenir en el proceso actual de acceso al cliente con dolor en el pecho para recibir atención y asignación en las rutas de investigación. Si bien realizamos la intervención con atención a los momentos en que se realizó el primer cuidado, todavía carecemos de un proceso de detección estructurado, que debe ser realizado por la enfermera, como se muestra en algunos estudios presentados en este trabajo.

La investigación mostró que necesitamos incorporar el indicador de tiempo del primer servicio al cliente y hacer ajustes al proceso cuando sea necesario, entendiendo que los líderes juegan un papel importante en la búsqueda de los mejores resultados. En términos de magnitud y la relación entre rendimiento y resultados, demostró que la evidencia disponible sugiere que la primera visita es la más informativa para el diagnóstico inicial en pacientes en la sala de emergencias que puede conducir a un diagnóstico temprano y reducir la mortalidad.

Esto nos lleva a concluir que todavía hay una falta de estudios sobre el tiempo real de brindar atención a los pacientes que buscan atención en la unidad de emergencia, lo que hace que los hallazgos de esta investigación sean bastante relevantes.

Con respecto a la educación del cliente en la emergencia, identificamos que los ajustes realizados en el proceso pueden traducir excelentes resultados. Esta afirmación se observó en la intervención realizada en el plan de acción dirigido a esta clientela.

Una intervención a largo plazo puede entenderse como la educación de los clientes y su participación más efectiva en el proceso de atención, ya que los clientes no son solo receptores pasivos de atención, pero participantes activos. Por lo tanto, los clientes no solo se ayudan a sí mismos sino también a aquellos que brindan atención. Por lo tanto, se debe promover una

estructura para que el cliente pueda ser escuchado e intervenir cuando sea necesario. Es evidente que incluir en la estrategia educativa dirigida a esta clientela, la orientación sobre la importancia de la actividad física y su papel en la reducción de otros factores de riesgo, puede colaborar en una mejor comprensión del cliente y ayudarlo en su autocuidado. Con respecto a la Sistematización de la Atención de Enfermería, observamos que necesitamos incorporar en la práctica un vínculo de las intervenciones de enfermería con los resultados esperados. Esto nos permitirá medir mejor la atención, enfocándonos en indicadores cada vez más específicos de atención de enfermería en esta clientela.

Dentro del proceso de atención al cliente, se puede diagnosticar una situación que presenta una oportunidad de mejora, intervenir con el equipo de salud para que se puedan realizar ajustes, monitorear y evaluar los resultados, agregando valor a la sistematización de la atención a esta clientela. centrándose en la calidad de la atención.

REFERENCIAS

- Aguiar, A. B. y Costa, R.S.B y Weirich, C.F y Bezerra, A. L.Q (2015). Gestión de los servicios de enfermería: un estudio bibliográfico. *Revista Electrónica de Enfermería*, vol 7. Goiânia, Brasil.
- Albino, R. M. y Grosseman, S. y Riggenbach, V. (2017). Calificación de riesgo: Necesidad urgente de un servicio de emergencia de calidad. *Archivo de Medicina de Santa Catarina, Florianópolis*, v. 36, n. 4, pág. 70-75.
- Alves-Filho, A. y Borges, L. O (2015). Motivación laboral de los profesionales de la salud del SUS en Natal. En: Borges L. O. *Los profesionales de la salud y su trabajo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 199-222.
- Andersen, R. M.; Newman, J. F (2019). Determinantes sociales e individuales de la atención médica: uso en los Estados Unidos. *Milbank Memorial Fund Quarterly [S.L.]*, pág. 1-27.
- Barbosa, A. C. Q (2017). Vínculos profesionales en pequeños hospitales brasileños, *Revista Administración de Empresas, São Paulo | V. 57 | norte. 2 | Mar-abr*
- Batista, K. M.; Biachini, E. R. F (2016). Enfermera de estrés en la unidad de urgencias. *Revista Latinoamericana de Enfermería (en línea)*. Ribeirão Preto, vol. 14, n. 4, pág. 534-539.
- Barros, J.F (2013). Política de salud Sistema Único de Salud (Brasil) Calidad de la atención de salud Políticas públicas, Monografía (graduación) —Universidad de Brasilia, Faculdade de Ceilândia, Curso de graduación en Salud Colectiva.
- Borges, L. O. & Tamayo, A. & Alves Filho, A. (2015) Significado del trabajo entre los profesionales de la salud. En: *Profesionales de la salud y su trabajo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 143-198.

- BRASIL. Ministerio de Salud. (2012). Ordenanza GM / MS No. 2048 del 5 de noviembre de 2002: Aprueba el reglamento técnico de los sistemas estatales de urgencia y emergencia. Brasilia DF.
- BRASIL. Ministerio de Salud. (2014) HumanizaSUS / Recepción con evaluación y clasificación de riesgos. Brasilia, DF, Série B. Textos básicos de salud.
- BRASIL, Reglamento, (2015). Evaluación y Control de Sistemas. Criterios y Parámetros de Planificación y BRASIL, 2015. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención de Salud. Departamento de Programación de Acciones y Servicios de Salud en el ámbito del Sistema Único de Salud. Brasilia, DF.
- BRASIL. Ministerio de Salud (2011). HumanizaSUS - Política Nacional de Humanización: La humanización como principio rector de las prácticas de atención y gestión en todas las instancias del SUS. Brasilia, DF, Série B. Textos básicos de salud.
- Bonato, V. L (2011). Gestión de la calidad en salud: mejora de la atención al cliente. El mundo de la salud, São Paulo: 35 (5): 319-331.
- Carpanez, L. y Malik, A. M (2019) El efecto de la municipalización en el sistema hospitalario brasileño: pequeños hospitales. *Ciência & Saúde Coletiva*, c. Julio de 2019, pág. 1-12.
- Carpezani, E.M y Serapião, M.S (2017). ALOJAMIENTO CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO Evaluar el servicio en función de la demanda de los pacientes en una Unidad de Urgencias de la ciudad de Lins / SP.
- Cavalcante, P. S y Rossaneis, M.A y Haddad, M.C.L (2015). Gabriel CS. Indicadores de calidad utilizados en la gestión de la atención de enfermería hospitalaria. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. noviembre / diciembre; [citado el 15 de junio de 2017].

Cecilio, L. C. O & Mendes, T. C (2014) Propuestas alternativas para la gestión hospitalaria y el rol de los trabajadores: ¿por qué no siempre suceden las cosas como quieren los directivos? Saúde e Sociedade, São Paulo, vol. 13, n. 2, pág. 39-55.

Consejo Federal de Enfermería (2017). Resolución Cofen N°. 543/2017. Actualiza y establece parámetros para el Dimensionamiento del Staff de Profesionales de Enfermería en los servicios / lugares donde se desarrollan las actividades de enfermería [Internet]. Brasilia (DF) Cofen.

Consejo Federal de Enfermería (2016). Resolución Cofen N°. 527/2016 - Revocada por Resolución Cofen N ° 543/2017. Actualiza y establece parámetros para el Dimensionamiento del Staff de Profesionales de Enfermería en los servicios / lugares donde se desarrollan las actividades de enfermería [Internet]. Brasilia (DF): Cofen.

CONSEJO FEDERAL DE MEDICINA, (2017). Resolución CFM No. 1.451 / 1995. Diario Oficial de Unión; Poder Ejecutivo, Sección 1, p.3666, 17 mar. En el caso de las mujeres.

Deslandes, S. F. & Minayo, M. C. S. & Lima, M. L. C (2018). Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, DC, v. 24, n. 6, p. 1-13.

Dornelas, R.L.J.S (2015). Mensaje de Actitud: Proposición de Protocolo, Elaboración de Escalas, RAC, Rio de Janeiro, v. 19, 2ª Edición Especial, art. 3, págs. 157-177.

Duarte, S.C.M & Stipp, M.A.C & Silva, M.M & Oliveira, F.T (2015) Eventos adversos y seguridad en el cuidado de enfermería. Revista Brasileña de Enfermería.

- Duran, C.M y Toledo, V.P (2011). Análisis de la producción de conocimiento en el proceso de enfermería: estudio exploratorio-descriptivo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, vol.32no2.
- Elias, M. A. y Navarro, V. L (2016). La relación entre trabajo, salud y condiciones de vida: negatividad y positividad en el trabajo de los profesionales de enfermería en un hospital universitario. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, pág. 517-525.
- Esperidião, M.A y Vieira-da-Silva, L.M (2016). Posición social y juicio de los usuarios de los servicios de salud. *Soc. Health jun*; 25 (2): 381-391.
- Farias, D.C & Araujo, F.O (2018). Gestión hospitalaria en Brasil: revisión de la literatura dirigida a mejorar las prácticas administrativas en los hospitales. *Revista Colectiva de Ciencias de la Salud*.
- Felisberto, E y Freese, E y Bezerra, L.C.A (2010). Análisis de la sostenibilidad de una política de evaluación: el caso de la atención primaria en Brasil. *Cuaderno de salud pública*.
- Fernández, M. B. T. & Sánchez M. P. B. & Linares, X. G (2013). Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico-paciente de los médicos en las salas de internamiento de Medicina Interna. *Revista Médica Herediana*, Lima, n. 14, p. 175-180.
- Flick, U (2014) - *Introducción a la investigación cualitativa*. São Paulo: Bookman.
- Fonseca, A.M.O & Porto, J.B (2013). Validación factorial de la escala de actitudes hacia los estilos de liderazgo, *Aval. psicol. vol.12 no.2 Itatiba*.
- Freitas, J.S y Silva, A.E.B.C (2017). Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Calidad de la atención de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital universitario. *Revista Latinoamericana de Enfermería*.

- Gusmão-Filho, FAR & Carvalho, EF & Araújo –Junior, JA (Evaluación del grado de implementación del Programa de Calificación para Atención Hospitalaria de Emergencias (Qualisus). 2010.Ciência & Saúde Coletiva, 15 (Supl. 1): 1227- 1238.
- Jacobs, P. C. & Matos, E. P (2015). Estudio exploratorio de visitas a urgencias en Salvador - Bahía. Revista de la Asociación Médica Brasileña, São Paulo, Vol. 51, n. 6, pág. 348-353.
- Lorenzetti, J y Lanzoni, G.M.M y Assuiti, L.F.C y Pires, D.E.P y Ramos, F.R.S (2014). Gestión de la salud en Brasil: diálogo con gestores públicos y privados. Enfermería de contexto textual.
- Malik, A.M (2014). Gestión de la innovación en los servicios sanitarios. Conocimiento, innovación y comunicación en los servicios de salud, [en línea]. Río de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Mendes, A. C. G & Tavares, R. A. W (2016). El hospital rojo brasileño y la transición demográfica: nuevos requisitos para la asistencia hospitalaria. Y en el caso de las mujeres. 5, pág. 37-46.
- Moimaz, S.A.S y Marques, A.M y Sabia, O y Garbin, C.A.S y Zina, L.G y Saliba, N.A (2010). Satisfacción de los usuarios del SUS y percepción del servicio público de salud, Physis vol.20 no.4 Revista de salud colectiva Río de Janeiro dic.
- NOVAES, H. D. N. Investigación en, sobre y para los servicios de salud: panorama internacional y preguntas para la investigación en salud en Brasil. Cuadernos de salud pública, Río de Janeiro, vol. 20, sup. 2, pág. S147-S173, 2004.

- Oliveira-Junior, A.P A (2016). Escala de Actitudes hacia la Enseñanza Estadística de Docentes de Educación Superior en Brasil, *Educ. Matar. Pesq.*, São Paulo, v.18, n.3, p. 1449-1463.
- Oliveira, RAD & Duarte, CMR & Pavão, ALB & Viacava, F (2019). Barreras de acceso a los servicios en cinco Regiones de Salud de Brasil: percepción de gerentes y profesionales del Sistema Único de Salud. Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnología de la Salud , Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil.
- Pereira, M. C. A. & Farevo, N. Motivación en el trabajo del equipo de enfermería. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, pág. 7-12 de 2011.
- Pitangal, F.A (2020). Investigación cualitativa o investigación cuantitativa: reflexionar sobre las decisiones al seleccionar un enfoque específico. *Revista de investigación cualitativa*. São Paulo (SP), v.8, n. 17, pág. 184-201, agosto.
- Pinho, P. S. & Araújo, T. M (2017) .Trabajo de enfermería en una unidad de urgencias hospitalarias y trastornos mentales. *Revista de Enfermería UERJ*, Río de Janeiro, v. 15, n. 3, pág. 329-336.
- Righi, A.W y Schmidt, A.S y Venturini, J.C (2010). Calidad en los servicios de salud pública: una evaluación de la estrategia de salud de la familia *Revista Produção Online*, v.10, n3, septiembre.
- Sandoval, A.M (2018). Educación en Revista, Curitiba, Brasil, vol. 34, n. 71, pág. 69-82, septiembre / octubre. Formación en métodos de investigación en estudios de postgrado: enfoques multimétodos, para las exigencias de hoy.
- Schiesari, L.M.C (2014). Gestión hospitalaria en Brasil: revisión de la literatura dirigida a mejorar las prácticas administrativas en los hospitales. Evaluación externa de las

- organizaciones hospitalarias en Brasil: ¿podemos hacerlo de otra manera? *Ciencias de la Salud Colectiva*; 19 (10): 4229-4234.
- Sierra, M. L. V (2017). Acceso a servicios de emergencia en Medellín, 2006. *Revista Salud Pública Bogotá*, v. 9, n. 4, pág. 529-540.
- Silva, F. G. y Tavares-Neto, J (2017). Evaluación de historias clínicas en hospitales universitarios de Brasil. *Revista Brasileña de Educación Médica, São Paulo*, vol. 31, n. 2, pág. 113-126.
- Silva, J.D & Cortez, L.E.R.S (2015). Satisfacción y motivación de los profesionales de la salud que laboran en la Red de Urgencias y Emergencias del 15° Departamento Regional de Salud de Paraná - PR.
- Silva, L.A & Santos, J.N (2012) Concepciones y prácticas de trabajo y gestión de equipos multidisciplinares en salud *Revista de Ciências da Administração*; 14 (34): 155-168.
- Silva, M.N.P & Moitinho, G (2016). Evaluación del desempeño en las organizaciones. *Revista Electrónica Comopolita*.
- Shill, J y Taylor, D.M y Ngui, B (2012). Factores asociados con altos niveles de satisfacción del paciente con el manejo del dolor. *Acad Emerg Med*. Octubre; 19 (10): 1212-1215.
- Szwarcwald, L.C (2014). Investigación en salud nacional en Brasil: concepción y metodología de aplicación, *Ciênc. Saúde saúde* vol.19 no.2 Rio de Janeiro feb.
- Tamayo, A. y Paschoal, T. A (2015). La relación entre la motivación para el trabajo y los objetivos del trabajador. *Revista Administración Contemporánea, Río de Janeiro*, Vol. 7, n. 4, pág. 33-54, 2003.ca de Enfermería / Universidad Federal de Goiás Goiânia, v. 7, n. 3, pág. 319-327.
- Vendemiatti, M & Siqueira, E.S & Filardi, F & Binotto, E & Simioni, F.J (2010). Conflicto en la gestión hospitalaria: el papel del liderazgo. *Ciencias de la Salud Colectiva*; 15 (Suplemento 1): 1301-1314.

Viacava, F & Lagrardia, J, & Ugá, M (2012) Proyecto de desarrollo de tecnología para evaluar el desempeño del sistema de salud brasileño (PRO-ADESS). Río de Janeiro: Fiocruz.

Vieira, S. L.M (2018) Salud Colectiva brasilena: arquitectura y dinamica de un campo. En: Castro R, Suarez HJ, organizadores. Pierre Bourdieu en sociología latinoamericana: Campo y Habitus. 1. ed. Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México; pag. 143-166.

30. Enrelación a la facilidad de encontrar los sectores del hospital que usted necesitó. Dé una nota de 0 a 10.													
31. Enrelación a la atención recibida en el hospital, de forma general. Dale una nota de 0 a 10													

APENDICE C- Estas cuestiones se refieren a la identificación del paciente.

II- CARACTERIZACIÓN DEL USUARIO

Sexo: F() M() Año de nacimiento: _____

Estado civil:

() Casado () Viudo () Unión consensual () Soltero () Separado

Qué ciudad vives? _____Cuál es su escolaridad?

() Sin escolaridad () Enseñanza media () Enseñanza fundamental () Enseñanza superior

Cuál es su principal ocupación? () Cuenta propia () Jubilado () Estudiante () Empleador () Dueña de Casa () Militar () No remunerado () Desempleado () Estatuario () CLT () Empleado sin vínculo

Usted se considera de qué raza / color?

() Blanca () Parda / Morena () Negra () Amarillo () Indio

Tu tienes alguna religión?

() Católico () Protestante () Espírita () Ninguna () Otra: _____

Cómo llegó a esta unidad de salud?

() Coche () Autobús/Kombi () A pie () Moto () Taxi () Ambulancia () SAMU

Alguien vino acompañándolo? () SÍ () NO

OMS: () Vecino () Parente () amigo () Otros: _____

Has venido con algún encaminamiento? () SÍ () NO DE DONDE?

Ambulatorio Hospital SAMU Servicio de Pronto Atención

Cuál fue la queja o problema de salud que le hizo venir al hospital

APENDICE D-Formulario de consentimiento informado - Usuario

TÉRMINOS DE CONSENTIMIENTO GRATUITOS Y CERRADOS PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN “Evaluación de la calidad de la asistencia multiprofesional en emergencias y atención de salud pública de emergencia en el breve servicio de la UPA en la ciudad de Iporá-Goiás”.

Estimado usuario del Sistema Único de Salud:

Usted está siendo invitado a participar en una investigación cuyo objetivo es evaluar la calidad de la asistencia de emergencia / emergencia en términos de las condiciones ofrecidas y la asistencia recibida en las urgencias y emergencias de la ciudad de Iporá-Goiás, realizada por Lilian M. Ferreira, con el aprobación del Departamento Municipal de Salud y con la participación del Comité de Ética de Investigación de la Regional Jataí, Universidad Federal de Goiás.

Al participar, contribuirá a la identificación de problemas y la elaboración de propuestas para mejorar la atención en la institución.

Su participación en esta investigación consistirá en otorgar una entrevista a los investigadores que le pedirán su opinión sobre la atención recibida en la Unidad de Atención de Emergencia - UPA.

ES IMPORTANTE SABER QUE:

- Su participación en esta investigación no es obligatoria. En cualquier momento, puede dejar de participar y retirar su consentimiento;
- Al participar en esta investigación, no hay riesgo de obstaculizar el progreso de su tratamiento;

• La información obtenida a través de esta investigación será confidencial y garantizamos la confidencialidad de su participación. Su identificación no será revelada en la divulgación de los datos. Sin embargo, los resultados de la investigación se harán públicos, sean favorables o no;

Pero si acepta participar, los investigadores a cargo pueden aclarar dudas sobre la investigación, a través del correo electrónico lilianferreira.enf@hotmail.com, e incluso, en forma de un enlace de recopilación, a través del (s) contacto (s) telefónico (s): (64) 99949-8167 Cuando persistan dudas sobre sus derechos como participante en esta investigación, también puede comunicarse con el Comité de Ética de Investigación de Jataí Regional - Universidad Federal de Goiás, por teléfono (64) 3606 8337.

Consentimiento para participar en la investigación:

Yo,, registrado bajo el RG / CPF, el abajo firmante, acepto participar en el estudio titulado "..... ". Les informo que tengo más de 18 años y enfatizo que mi participación en esta investigación es voluntaria. Fui debidamente informado y aclarado por el investigador a cargo sobre la investigación, los procedimientos y métodos involucrados en ella, así como los posibles riesgos y beneficios derivados de mi participación en el estudio. Me aseguraron que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto conlleve ninguna sanción. Por lo tanto, declaro que estoy de acuerdo con mi participación en el proyecto de investigación descrito anteriormente.

Iporá, ____ de _____ 2020.

Firma del participante

Lilian Maria Ferreira

Responsabilidad de investigación

APENDICE E- Evaluación de las motivaciones y condiciones de trabajo

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SOBRE LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS Y ACOGICIÓN DE LOS USUARIOS, CONDICIONES OFRECIDAS Y MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES, EN EL ATENDIENNTO LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE LA UNIDAD DE PRONTO ATENCIÓN-UPA DE IPORÁ- GO

CÓDIGO DEL PROFESIONAL:	Investigador:
Fecha:	Tiempo:

I. EVALUACIÓN DE VALORES RELATIVOS AL TRABAJO

En este cuestionario usted debe preguntarse: "CUÁLES SON LOS MOTIVOS QUE ME LEVAN A TRABAJAR EN ESTA UNIDAD?" Estos motivos constituyen los valores del trabajo. A continuación, hay una lista de valores del trabajo. Pedimos su colaboración para evaluar lo importante que cada valor es para usted como un principio orientador en su vida en el trabajo, marcando el número, a la derecha de cada valor, que mejor indique su opinión. Utilice la escala de evaluación siguiente:

Como Principio Orientador en Mi Vida en el Trabajo en esta Unidad de Pronto Atención, ese motivo

1	2	3	4	5
Nada importante	Poco importante	Importante	Muy Importante	Extremadamente Importante

Cuanto mayor es el número (1, 2, 3, 4, 5), más importante es el valor como un principio orientador en su vida en el trabajo. Intente diferenciar, en la medida de lo posible, los valores entre sí, usando para ello todos los números. Por supuesto, usted puede repetir los números en sus respuestas / evaluaciones.

	1	2	3	4	5
1.estabilidad financiera					
2.Ser rentable financieramente					
3.Combra Injustizas Sociales					
4.Realización Profesional					
5. Realizar un trabajo significativo para mí					
6. ventaja competitiva					
7. Trabajo intelectualmente estimulante					
8.Automía para establecer la forma					
9.Poderme sostenerme					
10.10.Tener placer en lo que hago					
11. conocer personas					
12.satisfacción personal					
13. Trabajo Interesante					
14. Crecimiento Intelectual					
15. Seguir la profesión de la familia					
16. me gusta lo que hago					
17.estado en el trabajo					
18. ganar dinero					
19. Ser útil para la sociedad					
20.Auxiliar a los compañeros de trabajo					
21. Preserva mi Salud					
22. tenerprestígio					
23. Buena relación con compañeros de trabajo					
24.Identificarme con el trabajo					
25.Supervisar a otras personas					
26.Amistades con compañeros de trabajo					
27. Competir con compañeros de trabajo para alcanzar mis metas profesionales					
28.Tener compromiso social					
29.Colaborar para el desarrollo de la sociedad					
30.Realización profesional					
31.Tener Superioridad Basada en el éxito de mi trabajo					
32. Cambiar el mundo					
33.Estabiliade en el trabajo					
34.Ayudar a los demás					
37. Suprimir necesidades materiales					
38.Enfrentar desafíos					
39.Ser feliz con el trabajo que realizo					
40. Mejorar los conocimientos en la mina profesión					

APENDICE F - EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

Cómo evalúa las cuestiones siguientes:

1. Confort como condición de trabajo	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
2. Limpieza del medio ambiente;					
3. Disponibilidad de los equipos de trabajo;					
4. Mantenimiento de los equipos;					
5. Cantidad de materiales para desarrollar las actividades (medicamentos, desechables, etc);					
6. Condiciones de descanso para los profesionales ofrecida por el hospital;					
7. Calidad de la comida ofrecida;					
8. Organización del medio ambiente;					
9. Cantidad de médicos en el servicio;					
10. Cantidad de enfermeros en el servicio;					
11. Cantidad de personal auxiliar en el servicio;					
12. Número de atención por turno;					
13. Carga horaria del turno de trabajo.					
14. Seguridad ofrecida por el hospital					
15. Soporte del servicio de laboratorio					
16. Soporte del banco de sangre					
17. Soporte del servicio de imagen					

APENDICE G- CARACTERIZACIÓN DEL PROFESIONAL

SEXO:

F M Año de nacimiento: _____

ESTADO CIVIL:

Casado Soltero Viudo Separado

Año de formación: _____ Universidad: _____

EXPERIENCIA:

Residencia o Especialización Maestría o Doctorado Ninguna

Qué tipo de vínculo tiene con la unidad?

Residente Estatutário Estadual Contrato Temporário CLT Estatutário Municipal

La lotación en el hospital fue por opción suya? SÍ NO

Cuánto tiempo trabaja en la emergencia de esta unidad? _____

Cuál es el turno / régimen semanal de trabajo?

12hs\36hs 24hs\72hs 8hs segunda a sexta Otro _____

Trabaja en otra unidad de salud? Sí No

Es una unidad pública o privada? Público Privada

En qué tipo de unidad?

PSF Ambulatorio Universidad Emergencia Hospital

Laboratorio de Investigación Otro

Usted desarrolla alguna otra actividad fuera del trabajo. SÍ NO Qué?

Político Partidista Deportivas Artísticas Voluntariado

Religiosas Otras _____

Si es posible, nos gustaría saber su renta total estimada: (RESPUESTA OPCIONAL)

- Entre R \$ 2.000,00 y R \$ 4.000,00 Entre R \$ 4.000,00 y R \$ 6.000,00
 Entre R \$ 6.000,00 y R \$ 10.000,00 Por encima de R \$ 10.000,00
 No quiero responde

Apéndice H: Formulario de consentimiento informado - de profesionales

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GRATUITO Y CERRADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN "Evaluación de la asistencia multiprofesional en emergencias de urgencia y salud pública en la Unidad de Atención de Emergencia en la ciudad de Iporá-Go".

Estimado profesional de la salud:

Está siendo invitado a participar en una investigación cuyo objetivo es evaluar la calidad de la atención de urgencia / emergencia en relación con las condiciones ofrecidas y las motivaciones de los profesionales en asistencia de urgencia y emergencia en la unidad de atención de emergencia - IPA Iporá-Go, realizada por La estudiante de doctorado Lilian Maria Ferreira, como recopilación de datos para su tesis doctoral, con la aprobación del Departamento Municipal de Salud y con la participación del Comité de Ética de Investigación de Jataí Regional, Universidad Federal de Goiás.

Al participar, contribuirá a comprender la satisfacción de los profesionales de la salud en relación con el trabajo y a dilucidar los obstáculos para la calificación del servicio prestado en emergencias / emergencias de la Unidad de Atención de Emergencia - UPA, y también, con la formulación de propuestas para mejorar la Sistema Único de Salud, SUS. Su participación en esta investigación consistirá en conceder una entrevista a los investigadores que preguntarán sobre sus motivaciones para trabajar en situaciones de urgencia / emergencia y su evaluación de las condiciones que ofrece la unidad de atención inmediata - UPA, para un buen cuidado a la población.

ES IMPORTANTE SABER QUE:

- Su participación en esta investigación no es obligatoria y en cualquier momento puede renunciar a su participación y retirar su consentimiento;

- Su negativa a participar no dañará su relación con el investigador o la institución;

- Al participar en esta investigación, no hay riesgo de dañar su trabajo en este hospital;

- La información obtenida a través de esta investigación será confidencial y garantizamos la confidencialidad de su participación. Su identificación no será revelada en la divulgación de los datos. Sin embargo, los resultados de la investigación se harán públicos, sean favorables o no;

Pero si acepta participar, los investigadores a cargo pueden aclarar dudas sobre la investigación, a través del correo electrónico lilianferreira.enf@hotmail.com, e incluso, en forma de un enlace de recopilación, a través del (s) contacto (s) telefónico (s): (64) 99949-8167, Cuando persistan las dudas sobre sus derechos como participante en esta investigación, también puede comunicarse con el Comité Regional de Ética de Investigación Jataí - Universidad Federal de Goiás, por teléfono (64) 3606 8337.

Federal de Goiás.

ES IMPORTANTE SABER QUE:

- Su participación en esta investigación no es obligatoria y en cualquier momento puede renunciar a su participación y retirar su consentimiento;

- Su negativa a participar no dañará su relación con el investigador o la institución;

- Al participar en esta investigación, no hay riesgo de dañar su trabajo en este hospital;

• La información obtenida a través de esta investigación será confidencial y garantizamos la confidencialidad de su participación. Su identificación no será revelada en la divulgación de los datos. Sin embargo, los resultados de la investigación se harán públicos, sean favorables o no;

Pero si acepta participar, los investigadores a cargo pueden aclarar dudas sobre la investigación, a través del correo electrónico lilianferreira.enf@hotmail.com, e incluso, en forma de un enlace de recopilación, a través del (s) contacto (s) telefónico (s): (64) 99949-8167 Cuando persistan dudas sobre sus derechos como participante en esta investigación, también puede comunicarse con el Comité de Ética de Investigación de Jataí Regional - Universidad Federal de Goiás, por teléfono (64) 3606 8337.

Consentimiento para participar en la investigación:

Yo,, registrado bajo el RG / CPF, el abajo firmante, acepto participar en el estudio titulado "..... ". Les informo que tengo más de 18 años y enfatizo que mi participación en esta investigación es voluntaria. Fui debidamente informado y aclarado por el investigador a cargo sobre la investigación, los procedimientos y métodos involucrados en ella, así como los posibles riesgos y beneficios derivados de mi participación en el estudio. Me aseguraron que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto conlleve ninguna sanción. Por lo tanto, declaro que estoy de acuerdo con mi participación en el proyecto de investigación descrito anteriormente.

Iporá, ____ de _____ 202

Firma del profesional entrevistada

Lilian Maria Ferreira

Responsabilidad de investigación

Apendice I- Guión de la observación sistemática I

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN POR LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS Y ACOGICIÓN DE LOS USUARIOS, CONDICIONES OFRECIDAS Y MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES, EN LAS EMERGENCIAS .

ROTEIRO DE OBSERVACIÓN SISTEMÁTICA	
Fecha: Turno:	Investigación:

OBSERVACIONES GENERALES		
1. Los ambientes del hospital están bien señalizados: (Considerar Sí si todos los sectores de la unidad están indicados por placas con señales de fácil visualización y comprensión).	SI	NO
2. Hay divulgación en el hospital sobre las especialidades ofrecidas: (Considerar Sí si hay placas visibles con indicación de todas las especialidades disponibles en la unidad, en la recepción en áreas de fácil visualización).	SI	NO
3. Hay alojamiento para acompañantes: (Considerar Sí si los acompañantes pueden permanecer sentados, es decir, si hay silla y espacio para ellos. Observar y, si es necesario, preguntar a algún acompañante).	SI	NO
4. Hay limpieza inmediata en presencia de vómito, sangre, orina, agua u otros residuos en el ambiente: (Observar accidentes de contaminación del ambiente (paciente que vomita, que no contiene la orina, etc) y si hay limpieza del ambiente inmediatamente después de lo ocurrido. Considerar el intervalo de 30 minutos para la limpieza de las secreciones expuestas).	SI	NO

Apéndice-J Guión de la observación sistemática II

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA MULTIPROFESIONAL EN LA ATENCIÓN LAS URGENCIAS Y MERGENCIAS EN LA SALUD PUBLICA EN LA CIUDAD DE IPROÁ-GO

ROTEIRO DE LAS OBSERVACIONES DE LOS INVESTIGADORES				
DÍA			NOCHE	
Existencia de equipo de acogida	SÍ	No	Sí	No
	Si es así, cuántos y cuáles son los profesionales forman parte?			
Número de profesional				
Qué se hace para que el usuario se sienta acogido por la unidad?				
Escala de clasificación de riesgo?	Día		Noche	
	SÍ	No	SÍ	No
<p>Si es así, ¿cómo se realiza la clasificación?</p> <p>Los pacientes de bajo riesgo son atendidos en la unidad o encaminados a otro servicio?</p> <p>La clasificación determina grados de riesgo? ¿Qué?</p> <p>Los grados de riesgo se señalan por colores u otra señalización?</p> <p>El grado de riesgo determina un tiempo máximo de espera para la atención? ¿Qué?</p> <p>La unidad está organizada en espacios distintos de acuerdo con el grado de riesgo?</p> <p>Existe una incorporación tecnológica en los espacios de acuerdo con el grado de riesgo?</p>				
Cuáles es la rutina de	Ficha de enrutamiento		Central de regulación	Teléfono verbal

encaminamiento de los pacientes a otros servicios ?	Qué utiliza el hospital para informar a los usuarios sobre el tiempo de espera para la atención?	Placa con tiempo promedio	Información proporcionada por el equipo de acogida	No informa
Observar si los pacientes de la emergencia visitan el hospital. () SÍ () NO				