



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB

DEPARTAMENTO DE SAÚDE I E II

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E
SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA
REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

TATIANE OLIVEIRA DE SOUZA CONSTÂNCIO

**JEQUIÉ-BA
2019**

TATIANE OLIVEIRA DE SOUZA CONSTÂNCIO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA
REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia como critério para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Alves Nery

**JEQUIÉ/BA
2019**

C757a Constâncio, Tatiane Oliveira de Souza.

Avaliação da qualidade da assistência à saúde na rede de atenção às urgências e emergências / Tatiane Oliveira de Souza Constâncio. - Jequié, 2019.

157f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Adriana Alves Nery)

1.Avaliação de serviços de saúde 2.Avaliação de processos (cuidados de saúde) 3.Avaliação de resultados (cuidados de saúde) 4.Qualidade de assistência à saúde 5.Regionalização I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 368.38200981

FOLHA DE APROVAÇÃO

CONSTÂNCIO, Tatiane Oliveira de Souza. *Avaliação da qualidade da assistência à saúde na rede de atenção às urgências e emergências*. 2019. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em saúde pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB Jequié-BA. 2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Adriana Alves Nery

Doutora em Enfermagem

Professora Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof.ª Dr.ª Marts Maria Melleiro

Doutora em Enfermagem

Professora Sênior da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem



Prof.ª Dr.ª Edilene Carvelo Hora Mota

Doutora em Enfermagem e Saúde do Adulto

Professora Associada da Universidade Federal de Sergipe



Prof.ª Dr. Adriano Maia dos Santos

Doutor em Saúde Pública

Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva



Prof.ª Dr.ª Vanda Palmarella Rodrigues

Doutora em Enfermagem

Professora Adjunta da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes” (Paulo Freire)

Dedicatória

A Deus, por ser minha fortaleza e meu refúgio, dando-me persistência e força para seguir
mesmo diante as adversidades

AGRADECIMENTOS

À razão da minha existência, o meu **Deus**, que me deu o dom da vida e ao longo dela me carrega nos braços. Obrigada Senhor, por iluminar meus passos e permitir que eu concretize esta árdua caminhada. Que eu confie cada vez mais em Ti.

À minha mãe Santíssima, **Nossa Senhora**, que está sempre intercedendo a Deus por mim e vai à frente abrindo os caminhos. Obrigada mãezinha!

Aos meus pais, **Nivaldo e Lecy**, pelo amor, cuidado, paciência e orações. Vocês são meus exemplos. Obrigada por terem cuidado de Gustavo nos momentos em que precisei. Amo vocês!

Ao meu esposo, **Jocinei Constâncio**, por incentivar e acreditar em mim. Obrigada pelo companheirismo, apoio, paciência e por ter estado presente em mais esta etapa da minha vida. Amo você!

Ao meu filho, **Gustavo**, que mesmo em sua inocência de criança foi capaz de me ajudar tanto... com seu sorriso, amor e carinho. Perdoe-me as ausências, dei o melhor de mim. Te amo infinitamente!

À minha irmã, **Thamires Oliveira**, que sempre tenta me ensinar a encarar a vida com mais leveza. Obrigada por tudo!!! Te amo muito irmãzinha!

Ao meu padrinho, **Manoel Lina** (tio Nel), que durante seus “devaneios”, sempre me disse: você vai ser doutora! Obrigada! Te amo!

À **família Oliveira e Souza**, especialmente, àqueles que estão sempre perto – mesmo quando distantes – e demonstram todo amor e admiração.

Aos meus sogros, **Dona Coleta e Sr. Joaquim**, obrigada por compreenderem a minha ausência e pelo amor a mim dedicado.

As **minhas cunhadas e cunhados** – Iara, Leiliane, Silvana, Luciano, Joelton, Cauê e Silvoney. Obrigada por me acolherem com carinho e estarem sempre na torcida.

Aos **meus sobrinhos** – Bruno, Lis, Vini, Alcía e Helô. Cada um do seu jeitinho, sempre me ajudou a aliviar as tensões. Obrigada pelo amor e carinho. Amo vocês.

A **Lucca Miguel**, mais que sobrinho! O dindinho do meu coração. Quanto amor e carinho... Desculpa a minha ausência... Te amo muito!

À família linda – **Crís, Everlânio, Luís Arthur e Maria Alice** – amigos de uma energia maravilhosa, obrigada pela atenção de vocês.

À minha orientadora, **Adriana Alves Nery**, pelos ensinamentos e oportunidades. Agradeço por toda confiança, apoio e atenção dispensados a mim e minha família durante esses anos. Serei sempre grata! Que Deus continue lhe abençoando grandemente.

Às professoras **Marta Maria Melleiro e Edilene Curvelo Hora Mota**, muito obrigada pelas valiosas contribuições na banca de qualificação.

Aos **membros da banca** de avaliação da tese.

Aos **usuários do SUS**, atendidos em componentes da Rede de Atenção às Urgência e Emergências do município de Jequié/BA, obrigada pela essencial contribuição. Os (as) senhores (as) que, mesmo em meio as dores físicas e psicológicas, aceitaram participar deste estudo. Muito obrigada!

Aos **profissionais de saúde e gestores** de componentes da Rede de Atenção às Urgência e Emergências do município de Jequié/BA, obrigada por participarem como atores nesta pesquisa, por doarem o seu tempo, acolhendo-me, em meio às muitas atribuições. Obrigada!

Aos **discentes voluntários** da pesquisa, que desempenharam papel fundamental nas tarefas operacionais. Os obstáculos que pareciam intransponíveis se tornaram exequíveis mediante o entusiasmo de vocês em me ajudar. Sou grata a todos vocês (Ana Flávia, Ananda, Caio, Crisley, Deisiane, Edison Junior, Fernanda, Gabriela Meira, Jailton, Joice, Karina, Liz, Lorena, Marbrise, Mariana, Nathália, Roberta, Sabrina e Uanderson).

Ao fisioterapeuta, **Jonas Raimundo**, o ex-aluno que tornou-se um parceiro nesta pesquisa. Estou muito feliz por suas conquistas e sei que você irá muito longe.

Ao **corpo docente e aos funcionários** do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da UESB.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)**, pela concessão da bolsa de pesquisa e o apoio financeiro.

Ao professor **Luciano Nery**, por toda gentileza, simplicidade e atenção em que me acolheu, auxiliando-me quando precisei.

À amiga **Edenise Batalha** por ter contribuído tanto comigo, tornando a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) uma parceira, a partir dos contatos estabelecidos.

A **Alexandre Souza Morais**, elaborador de um dos instrumentos de pesquisa utilizado neste estudo, por ter sido tão solícito quando o procurei.

À **Juliana Oliveira**, obrigada pela amizade construída. Você foi o anjo bom que Deus me deu durante o doutorado. Foi essencial durante todo esse caminhar. Não tenho palavras para agradecer a minha imensa gratidão. Estarei sempre contigo. Te amo!

A **Ícaro Ribeiro**, você se tornou um amigo. Eu tenho tantas coisas para te agradecer, mas sem dúvida a principal delas é ter me proporcionado também a amizade de **Ivna Vidal**. Vocês são exemplos de pessoas, amigos, profissionais, casal.. Vocês são inspiração e o meu desejo é que esse amor se multiplique a cada segundo. Nossos laços vão além do doutorado. Amo vocês!

Aos queridos **Mailson** e **Soraya**, vocês me ajudaram a dar os primeiros passos no campo da avaliação e me ensinaram muito além das discussões em sala de aula. Serei grata para sempre.

À **Patrícia Anjos**, obrigada pela amizade! Por ter acolhido e compartilhado as aflições e ansiedades, especialmente, nos anos iniciais do doutorado. Muito obrigada por tudo!

À **Doane Martins**, por ser uma amiga presente, apesar das barreiras geográficas. Me faltam palavras para descrever o quanto te sou grata. Você é um exemplo de pessoa, filha, esposa, irmã, amiga e profissional. Agradeço imensamente. Amo-te!

À **Moema Souza**, amiga e comadre. Das melhores escolhas da vida... te ter como comadre, só fortaleceu nossa amizade. Você me inspira e ensina a estar cada dia mais próxima de Deus. Obrigada por cada oração, por cada palavra dita na hora certa e do jeito certo. Você com certeza foi fundamental neste meu caminhar. Te amo comadre!

Ao amigo irmão que a vida me deu, **Tiago Rosário**, até aqui ele conseguiu me ajudar. Nossa amizade é a “medida mais certa que pudemos ajustar”. Te amo!

Ao Professor **Jair Magalhães** por ser um amigo e incentivador dos meus sonhos. Muito obrigada!

À **Manuela Marta**, parceira de aflições e alegrias. Seu astral me encanta amiga. Você é mais que especial, a prova de que mesmo neste “mundo competitivo” que vivemos, a amizade pode e deve prevalecer. Obrigada por tudo!

Aos grandes amigos **Geisa, Charles e Arthur**. Obrigada por serem amigos na vida. Sempre presentes! Amo muito.

Aos amigos que a graduação me deu – **Joedson, Nauana, Rosely, Samara e Viviane** – e eu jamais deixarei escapar. Cada um com suas particularidades me faz crescer e me ajuda ser hoje, melhor que ontem. Amo Vocês!

À **Érica Assunção** a ex-aluna que se tornou uma amiga. Obrigada por cada contribuição e orações neste processo.

À **Rafaela Almeida**, você se tornou um ombro amigo. Muita obrigada por tudo, especialmente pelas orações. Serei eternamente grata!

À **Hemilena Carmo**, por ter me auxiliado quando precisei. Muito obrigada!

Aos **colegas de turma do doutorado**, com quem vivenciei momentos agradáveis e desafiadores, ampliei meus conhecimentos e redes de relacionamentos. Juntos conseguimos vencer muitos obstáculos. Muito obrigada!

A toda **equipe** do grupo de pesquisa Epidemiologia e Saúde, em especial, **Acássio, Givani e Kássia**, por todos os momentos de aprendizagem que me proporcionaram, aprendi muito com vocês.

CONSTÂNCIO, Tatiane Oliveira de Souza. **Avaliação da qualidade da assistência à saúde na rede de atenção às urgências e emergências**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié-BA. 2019. 157p.

RESUMO

O modelo proposto por Donabedian conserva-se como hegemônico para avaliação da qualidade em saúde e contribui para a concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde. O estudo teve como objetivo geral: avaliar a qualidade da assistência à saúde na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) de um município-polo no interior da Bahia. E específicos: avaliar a qualidade da assistência à saúde em componentes da RUE, sob a óptica dos usuários nas dimensões de estrutura, processo e resultado; compreender a percepção de profissionais de saúde e gestores sobre qualidade da assistência prestada em componentes da RUE de um município-polo no interior da Bahia, nas dimensões de estrutura, processo e resultado; e, analisar dificuldades e facilidades vivenciadas por profissionais de saúde e gestores em componentes da RUE de um município-polo no interior da Bahia. Foi desenvolvido nas abordagens quantitativa (Etapa 1) e qualitativa (Etapa 2), sendo realizado em componentes de uma RUE. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob o protocolo nº 2.489.602/2018. Na etapa 1, quantitativa, os participantes corresponderam a 325 usuários, e os dados foram coletados por meio de dois formulários, um elaborado pela pesquisadora e outro adaptado. Para a análise, empregou-se a estatística descritiva, sendo as variáveis contínuas apresentadas a mediana e intervalo interquartil e realizado o teste de Kruskal-Wallis. Na etapa 2, qualitativa, os participantes foram 06 gestores e 38 profissionais de saúde. Para a coleta de dados, adotou-se a entrevista semiestruturada, com o uso da análise de conteúdo temática, à luz do referencial teórico proposto por Donabedian. Os achados do estudo na etapa 1 foram: dos participantes, 66,8% eram do sexo masculino, 81,2% adultos, com idade média de 42,4%; houve 42,6% de usuários atendidos por urgência relativa, estando 59,1% em observação. Na comparação das dimensões estrutura, processo e resultado, de acordo a estratificação de componentes da RUE investigada, obteve-se significância estatística em todas as dimensões ($p < 0,05$), sendo o pronto-socorro do hospital estratégico o de melhor qualidade em todas as dimensões. A abordagem qualitativa permitiu compreender a percepção de profissionais de saúde e gestores sobre a qualidade da assistência prestada. Na dimensão de estrutura, a infraestrutura foi avaliada como sendo ruim ou não adequada. Foi apontada a falta de medicamentos, materiais e insumos, contudo, os participantes consideraram que a assistência aos usuários é garantida. A dimensão de processo foi avaliada de modo positivo, entretanto, foi relatada a falta de continuidade do cuidado e a superlotação dos serviços de urgência/emergência. A dimensão de resultado foi avaliada de modo divergente, qualificada como excelente até defasada, os resultados positivos deve-se, na maioria das vezes, ao esforço dos profissionais. Ratifica-se a complexidade que envolve a avaliação da qualidade da assistência à saúde em componentes da RUE, requerendo aprofundamento em futuros estudos que poderão contribuir com a melhoria da qualidade do atendimento, a prática profissional, organização e gestão da rede. E ainda, pode ser um caminho para reflexão de como a RUE é implantada e implementada nos diferentes contextos do território nacional.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde; Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde); Qualidade da assistência à saúde; Regionalização.

CONSTÂNCIO, Tatiane Oliveira de Souza. **Evaluation of the quality of health care in the emergency care network.** Thesis (Doctorate). Nursing and Health Postgraduate Program. State University of Southwest Bahia - UESB. Jequié-BA. 2019. 157p.

ABSTRACT

The model proposed by Donabedian remains hegemonic for health quality assessment and contributes to the implementation of the principles of the Unified Health System. The aim of the study was to evaluate the quality of health care in the Emergency Care Network (ECN) of a pole municipality in the interior of Bahia. And specific: evaluate the quality of health care in components of the ECN, from the perspective of users in the dimensions of structure, process and outcome; understand the perception of health professionals and managers about the quality of care provided in the components of the ECN of a pole municipality in the interior of Bahia, in the dimensions of structure, process and outcome; and, to analyze difficulties and facilities experienced by health professionals and managers in components of the ECN of a pole municipality in the interior of Bahia. It was developed in the quantitative (Step 1) and qualitative (Step 2) approaches, being performed in components of a ECN. Approved by the Research Ethics Committee of the State University of Southwest Bahia under protocol No. 2,489,602 / 2018. In step 1, quantitative, the participants corresponded to 325 users, and the data were collected through two forms, one prepared by the researcher and the other adapted. For the analysis, descriptive statistics was used, and the continuous variables were presented as median and interquartile range and Kruskal-Wallis test was performed. In stage 2, qualitative, the participants were 06 managers and 38 health professionals. For data collection, a semi-structured interview was adopted, using thematic content analysis, in the light of the theoretical framework proposed by Donabedian. The findings of the study in step 1 were: of the participants, 66.8% were male, 81.2% adults, with a mean age of 42.4%; There were 42.6% of users treated by relative urgency, with 59.1% under observation. In the comparison of the structure, process and outcome dimensions, according to the stratification of the investigated ECN components, statistical significance was obtained in all dimensions ($p < 0.05$), being the emergency room of the strategic hospital the best quality in all dimensions. The qualitative approach allowed us to understand the perception of health professionals and managers about the quality of care provided. In the structure dimension, the infrastructure was assessed as poor or not adequate. The lack of medicines, materials and supplies was pointed out, however, the participants considered that assistance to users is guaranteed. The process dimension was evaluated positively, however, the lack of continuity of care and the overcrowding of emergency services were reported. The outcome dimension was divergently assessed, rated as excellent until outdated, and the positive results are mostly due to the professionals' efforts. The complexity surrounding the evaluation of health care quality in components of the ECN is confirmed, requiring further studies that may contribute to the improvement of the quality of care, professional practice, organization and management of the network. And yet, it can be a way to reflect on how the ECN is implemented and implemented in the different contexts of the national territory.

Keywords: Health services evaluation; Process Evaluation (Health Care); Outcome Assessment (Health Care); Quality of health care; Regionalization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo teórico conceitual	34
Figura 2	Fluxograma dos componentes avaliados no estudo	37
Figura 3	Fluxograma da distribuição do quantitativo de usuários investigados, segundo o componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	40
Figura 4	Escala Likert	45
Figura 5	Fluxograma para operacionalização da coleta de dados	50

LISTA DE SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AB	Atenção Básica
CRMU	Central de Regulação Médica das Urgências
CAP	Centro de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
HGPV	Hospital Geral Prado Valadares
IOM	Institute of Medicine
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
STM	Sistema de Triagem Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UEA	Unidade de Emergência de Adultos
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 O Sistema Único de Saúde: princípios e organização	21
2.2 Avaliação dos serviços de saúde: aspectos da qualidade e segurança do paciente	26
3 QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL	33
4 PERCURSO METODOLÓGICO	35
4.1 Tipo de estudo	35
4.2 Considerações éticas	35
4.3 Cenários do estudo	36
4.4 Abordagem quantitativa: etapa 1	39
4.4.1 População do estudo	39
4.4.1.1 <i>Cálculo da amostra</i>	39
4.4.1.2 <i>Seleção dos participantes do estudo</i>	41
4.4.1.3 <i>Perfil sócio demográfico e dos atendimentos de usuários em componentes da RUE de Jequié/BA</i>	43
4.4.2 Coleta de dados	43
4.4.2.1 <i>Instrumentos de coleta de dados</i>	43
4.4.2.2 <i>Seleção e treinamento dos entrevistadores</i>	47
4.4.2.3 <i>Operacionalização da coleta de dados</i>	47
4.4.2.4 <i>Teste piloto</i>	51
4.4.2.4.1 <i>Resultado do teste piloto</i>	51
4.4.3 Análise dos dados	52
4.5 Abordagem qualitativa: etapa 2	52
4.5.1 Participantes do estudo	53
4.5.2 Instrumentos e técnicas de coleta de dados	57
4.5.3 Análise dos dados	58
5 RESULTADOS	60
5.1 Manuscrito 1 – Avaliação da qualidade da assistência em componentes da rede de atenção às urgências e emergências	61

5.2 Manuscrito 2 – Avaliação da qualidade da assistência em componentes da rede de atenção às urgências e emergências: percepção de profissionais de saúde e gestores	84
5.3 Manuscrito 3 – Dificuldades e facilidades vivenciadas em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: a ótica de profissionais e gestores	111
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS	135
APÊNDICES	142
ANEXOS	154

APRESENTAÇÃO

Esta Tese refere-se ao trabalho de conclusão de Curso de Doutorado em Ciências da Saúde do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. É composta pela introdução, que contempla a contextualização do objeto de estudo, a problematização da pesquisa e os objetivos do estudo. Após, foi apresentada as temáticas que alicerçam o objeto de estudo, por meio da revisão da literatura. Nesta foram discutidos os princípios e a organização Sistema Único de Saúde, bem como a avaliação dos serviços de saúde, considerando os aspectos da qualidade e segurança do paciente. Em seguida, no percurso metodológico, estão descritos o tipo de estudo, as considerações éticas, os cenários e como foram desenvolvidas as etapas quantitativa e qualitativa. Posteriormente, os principais resultados foram apresentados no formato de três manuscritos, a saber: Manuscrito 1 – Avaliação da qualidade da assistência em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Manuscrito 2: Avaliação da qualidade da assistência na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: percepção de profissionais de saúde e gestores; e, o Manuscrito 3: Dificuldades e facilidades vivenciadas na Rede de Atenção às Urgências e Emergências sob a ótica de profissionais e gestores. Na seção seguinte, são apresentadas as considerações finais onde são sintetizados os achados, apontadas contribuições, limitações do estudo e perspectivas para futuras investigações. Em seguida, foram apresentados os apêndices, constando os materiais auxiliares produzidos por ocasião da pesquisa: os instrumentos de coleta de dados e os termos de consentimento livre e esclarecido. E, por fim, nos anexos, são aduzidos o instrumento original, o qual foram feitas as adaptações necessárias para a realidade desse estudo e também o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

A avaliação é uma atividade antiga, presente desde os primórdios na história da humanidade (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Entretanto, o conceito de avaliação de programas públicos teve início somente após a Segunda Guerra Mundial, quando foi necessária a melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado. Em virtude disso, foram desenvolvidos vários métodos de avaliação com a finalidade de possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas (UCHIMURA; BOSI, 2002).

No Brasil, o interesse pelo campo da avaliação aconteceu a partir dos anos 90, em virtude da ampliação do número de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais, no contexto da Constituição Federal (CF)/88 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (HARTZ, 1997).

O termo avaliação se refere a um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). A avaliação em saúde é parte essencial do planejamento e da gestão, visto que busca a qualidade e a resolubilidade (SILVA, et al., 2016). Dentre os vários tipos de avaliação no campo da saúde, tem sido crescente aquela que avalia a qualidade dos programas e serviços (FRIAS, et al., 2010).

A esse respeito, Serapioni (2009) trata que até meados dos anos 80, a discussão acerca da qualidade da atenção à saúde restringia-se apenas à qualidade na dimensão técnica, isto é, à capacidade dos profissionais da saúde de escolherem práticas assistenciais avaliadas como mais adequadas ao progresso do conhecimento técnico-científico. Contudo, correr-se-ia o risco de reduzir a qualidade apenas à dimensão técnico-profissional, sendo portanto, necessário ampliar o olhar sobre a temática da qualidade em saúde, direcionando às discussões para os processos gerenciais e englobar também a avaliação do usuário (SERAPIONI, 2009).

A qualidade da assistência é enunciada como o grau em que as organizações de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes e coerentes com os conhecimentos dos profissionais (IOM, 1990). Com isso, tem-se que o entendimento de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação e pode incluir a visão dos distintos atores envolvidos no processo (NOVAES, 2000).

No âmbito dos serviços de saúde, a qualidade tem sido um tema bastante presente, revelando-se como tendência mundial, sendo considerada necessária para a sobrevivência

das instituições (PENA, 2010). Além disso, a qualidade da assistência em saúde pode se tornar potencializadora de práticas seguras. Desse modo, avaliar os serviços de saúde sob a óptica de usuários, profissionais de saúde e gestores revela-se como uma importante ferramenta para a tomada de decisão, com a finalidade de possibilitar melhorias na qualidade da assistência à saúde, considerando a segurança do paciente como um dos atributos da qualidade do cuidado.

Assim sendo, o presente estudo assumiu pesquisar a qualidade da assistência não de modo implícito, mas como propôs Donabedian, como prática central em que essa se constitui como ponto de partida para todo o processo. Adotou-se o referencial teórico de Avedis Donabedian, centrado na tríade, formada pelos componentes: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1988; DONABEDIAN 1985).

Destarte, por reconhecer a importância da avaliação em saúde, sendo a qualidade da assistência um elemento relevante do processo de cuidado, e a segurança do paciente como um atributo da qualidade para o desenvolvimento das práticas em saúde, é que fui impulsionada pelo desejo de aprofundar os conhecimentos na área da avaliação em saúde. Tive a oportunidade de prestar seleção para o curso de doutorado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sendo aprovada. Assim, busquei pesquisar a temática originada de minha vivência enquanto enfermeira assistencial, trabalhando em um hospital estratégico, sendo este o componente hospitalar da Rede de atenção às Urgências e Emergências (RUE) do município de Jequié/BA.

No componente hospitalar, exerci atividades no setor que acolhe, avalia e classifica o risco do usuário – o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Prestava assistência e mantinha contato direto com os pacientes do SUS que buscavam atendimento no setor de urgência e emergência. Alguns usuários vinham conduzidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma menor parcela referenciados pelos serviços da Atenção Básica (AB) ou até mesmo de outros municípios circunvizinhos e a maioria procurava assistência hospitalar por conta própria, a fim de buscar a resolutividade de suas necessidades em saúde, sendo essas urgentes ou não a partir da percepção do usuário.

Ao realizar o ACCR era perceptível que muitos usuários procuravam a unidade hospitalar como porta de entrada principal e preferencial, pois acreditavam que iriam resolver prontamente suas necessidades em saúde, o que não é diferente de outras realidades mencionadas em estudos brasileiros (JORGE et al., 2012; BAGGIO;

CALLEGARO; ERDMANN, 2011). No dia a dia, foi possível perceber que nem sempre havia comunicação entre o hospital e outros serviços de saúde. Por vezes, escutava nos corredores do hospital reclamações por partes dos usuários do SUS quanto ao atendimento prestado pela equipe de saúde.

Outro fator motivador para o desenvolvimento desse estudo diz respeito a lacuna existente na literatura, pois os estudos versam sobre a avaliação da qualidade da assistência, porém, estão restritos ao cuidado individual, estudo dos serviços de saúde, especialmente o Hospital ou a Atenção Primária à Saúde encontrados (CAMPOS et al., 2014; MORAIS; MELLEIRO, 2013; FURLAN, 2011; PENA, 2010; SILVA; FORMIGLI, 1994).

Assim, ao reconhecer a relevância de estudos no campo da avaliação em saúde, delineia-se como objeto de estudo a avaliação da qualidade da assistência à saúde em componentes de uma RUE e não apenas em serviços de saúde isolados, sob a perspectiva dos sujeitos ativos que compõe o sistema de saúde – usuários, profissionais e gestores.

Adota-se, neste estudo, o pressuposto de que a conformação de Rede de Atenção às Urgências e Emergências tem potencial para estimular práticas que levem à melhoria da qualidade da assistência aos usuários em situações de urgência e emergência.

Frente as inquietações expostas, emergiram os seguintes questionamentos desse estudo: Como os usuários do SUS avaliam a qualidade da assistência à saúde em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia, considerando as dimensões da estrutura, processo e resultado? Qual a percepção de profissionais de saúde e gestores quanto à qualidade da assistência prestada em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia? Quais dificuldades e facilidades vivenciadas por profissionais de saúde e gestores, que atuam em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia?

A fim de responder esses questionamentos, traçou-se como objetivos:

Objetivo geral:

- Avaliar a qualidade da assistência à saúde na Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia.

Objetivos específicos:

- Avaliar a qualidade da assistência à saúde em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, sob a óptica dos usuários nas dimensões de estrutura, processo e resultado;
- Compreender a percepção de profissionais de saúde e gestores sobre qualidade da assistência prestada em componentes da RUE de um município-polo no interior da Bahia, nas dimensões de estrutura, processo e resultado;
- Analisar dificuldades e facilidades vivenciadas por profissionais de saúde e gestores em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia.

Acredita-se que os resultados desse estudo possam contribuir para a tomada de decisões nos âmbitos assistencial e gerencial, com propostas de enfrentamento, (re)organização e adequações com vistas à melhoria da qualidade e da segurança do paciente em componentes da RUE de Jequié/BA, sendo portanto uma possibilidade de contribuir com os usuários, profissionais e gestores em saúde do SUS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Sistema Único de Saúde: princípios e organização

A CF aprovada no ano de 1988, é um marco da redemocratização do país (BRASIL, 1988). A partir de suas determinações, o SUS foi instituído por meio da Lei nº 8.080/90, que garante o direito à saúde das pessoas, tendo caráter universal às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL,1990). Logo, qualquer cidadão brasileiro, passou a estar amparado constitucionalmente, sendo o Estado o principal gestor da saúde da população. Esta nova concepção é fundamentada nos princípios da integralidade, universalidade e equidade (BRASIL,1990).

A fim de atender as demandas dos usuários do SUS e visando melhor programação e planejamento das ações e serviços no sistema, o cuidado em saúde no Brasil passou a ser ordenado em níveis de atenção, composto pela assistência básica, a média e a alta complexidade (GOMIDE et al., 2012; BRASIL, 2009).

Os níveis de atenção são considerados igualmente importantes, pois a atenção à saúde deve ser integral (OLIVEIRA, 2016; BRASIL, 2012a). O município nem sempre necessita ter em seu território todos os níveis de atenção à saúde instalados, especialmente, nos casos de municípios de pequeno porte, pois poderão efetivar pactos regionais que garantam às populações dessas localidades o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2009). Os municípios devem ter a AB como prioridade, funcionando em condições plenas (BRASIL, 2009).

A AB deve ser compreendida como o eixo orientador do SUS (BRASIL, 2007). Esta deve atuar como um conjunto de ações de saúde, que tem como propósito intervir na “promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2007, p.16), seja no âmbito individual ou coletivo. A AB é o primeiro nível de atenção à saúde e deve ser desenvolvida de forma descentralizada, na área adscrita da população, sendo portanto, a principal porta de entrada no sistema de saúde (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009; BRASIL, 2011a).

A AB se integra aos componentes da média e alta complexidade, que envolvem a assistência ambulatorial e hospitalar de todas as especialidades. A média complexidade corresponde a prática clínica que necessita de ações em saúde disponibilizadas por profissionais especializados, que utilizam recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico

e tratamento (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009). A alta complexidade, compreende o conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

Apesar da definição das competências de cada nível de atenção à saúde proposto, na prática cotidiana dos serviços, tem-se presente a fragmentação da assistência. De acordo com Mendes (2011) isso se dá pela maneira como o sistema de saúde está organizado, visto que estes atuam de forma isolada na atenção à saúde, e, por conseguinte, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. A atenção primária à saúde não se comunica tão facilmente com a atenção secundária, esses dois níveis, por sua vez, não se organizam com a atenção terciária à saúde, nem com os demais componentes do sistema.

A fragmentação desponta, principalmente, a partir da fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e as gerências dos serviços; como desarticulação entre os serviços de saúde e com os de apoio diagnóstico e terapêutico; além da falta de integração entre as práticas clínicas realizadas por diferentes profissionais nos distintos serviços (LAVRAS, 2011).

Do exposto, como prioridade para o SUS, tem-se a necessidade de superar a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011). Assim, o maior desafio é tornar este sistema de saúde integrado, capaz de respeitar a autonomia de gestão de cada município, que possa articular suas práticas em uma rede regionalizada, objetivando garantir uma assistência de qualidade à população (LAVRAS, 2011).

A temática da regionalização e hierarquização do sistema de saúde, antecede a criação do SUS, mas somente a partir da elaboração da CF/88, passaram a exercer “papel estratégico na política nacional, tendo como objetivo garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde de forma integral e equânime” (KUSCHNIR et al., 2009, p. 127). Em 2006, por meio das portarias ministeriais nº 399 e 699, a estratégia da regionalização foi favorecida a partir da instituição do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006d).

Nesse contexto, a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tem-se revelado como um caminho possível para alcançar a consolidação de sistemas de saúde integrados, capazes de proporcionar a continuidade da assistência, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes (LAVRAS, 2011).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) considera a RAS como sendo “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (OPAS, 2010, p.9).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a implantação da RAS no Brasil (MENDES, 2011; BRASIL, 2015). Entretanto, organizar o sistema de saúde na configuração das redes não é uma particularidade brasileira, visto ser esta uma estratégia utilizada em vários países do mundo, a exemplo do Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia (KUSCHNIR et al., 2009).

A necessidade da implantação da RAS no Brasil surge da inadequação dos modelos de atenção à saúde vigentes, frente a um cenário de mudanças significativas e singulares no que se refere a transição demográfica e à complexa situação epidemiológica no país (MENDES, 2011; BRASIL, 2015).

No que tange à transição demográfica, o Brasil apresenta um processo acelerado de envelhecimento da população com incremento das condições de doenças crônicas, o que demanda o aumento do uso dos serviços de saúde, como por exemplo, as internações hospitalares que passam a ser mais frequentes, com leitos ocupados por mais tempo, quando comparado a outras faixas etárias (VERAS, 2009), elevando os custos para o SUS (MENDES, 2010). Acrescido a isto, a transição epidemiológica expressa-se por uma tripla carga de doenças, que envolve, ao mesmo tempo, as doenças infecciosas, carenciais, e as doenças crônicas, bem como os fatores de risco e o elevado crescimento da violência urbana, associado as causas externas, como os acidentes de trânsito (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

Através das experiências internacionais e nacionais, pode-se assegurar que o principal problema do SUS parte da incoerência entre a situação de condição de saúde dos brasileiros com uma tripla carga de doença, com o “forte predomínio relativo das condições crônicas e o sistema de atenção à saúde adotado, que é fragmentado, episódico, reativo e voltado prioritariamente para as condições e os eventos agudos” (BRASIL, 2015, p. 19).

Por estar voltado para uma atenção à saúde com foco nas condições agudas, a assistência neste sistema fragmentado, se constrói a partir das unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar como porta preferencial da população (MENDES, 2010). Esta realidade se consolida por meio das heranças deixadas pelo modelo

tecnossistencial adotado no sistema de saúde brasileiro, alicerçado em ações curativistas, centrado no cuidado médico, estruturado conforme as ações e serviços de saúde e dimensionados a partir da oferta (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014). Este autor acrescenta ainda que o referido modelo possui uma organização piramidal e hierárquica, que denota a inexistência da continuidade da atenção e a racionalização do atendimento.

O modelo tecnossistencial contribui para que ao longo dos anos, na prática dos serviços de saúde possa ser observado que a população ainda não aprendeu a usar o SUS, mas sim a utilizar os serviços de saúde conforme suas necessidades e escolhas, sejam estas emanadas das vivências prévias individuais e/ou coletivas (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012). As autoras enfatizam que a AB não tem sido efetivamente a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, pois os serviços de urgência e emergência, representados pela expressiva lotação de suas unidades, continuam sendo a porta principal.

Nesse contexto, tem-se que a procura pelas unidades de urgência e emergência, para resolução de problemas que poderiam ser resolvidos em serviços de menor densidade tecnológica é uma constante. Segundo Morais e Melleiro (2013, p. 113) “a procura por essas unidades, por vezes, ocorre em detrimento das unidades de atenção básica e está relacionada às distorções do sistema de saúde vigente”. Os autores afirmam que devido esse contexto, as unidades de emergência têm ultrapassado sua capacidade de atendimento, o que significa um grave e relevante problema para o sistema de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento.

Do exposto, torna-se um imperativo a necessidade de se ajustar o sistema de saúde, adequando o atual modelo de atenção às condições de saúde dos brasileiros, tornando o sistema coerente e preparado para atender a tripla carga de doença. Logo, é preciso assumir um modelo baseado na promoção da saúde e na integração dos serviços, ancorados na intersectorialidade (PAIM et al., 2011). Com isso, tem-se que a nova forma de organização do sistema de atenção à saúde precisa operar de forma contínua e proativa, voltado equilibradamente para a atenção às condições agudas e crônicas, respondendo as demandas da população com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, portanto, a partir da RAS (MENDES, 2011).

A RAS se caracteriza pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo o centro de comunicação na AB. Além disso, possui a centralidade nas necessidades em saúde de uma população, a responsabilização pela atenção contínua e integral, por meio do cuidado multiprofissional e do compartilhamento de objetivos e

compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

A Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde (MS), estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS e as conceituam “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, s/p). A partir da vigência desta portaria, por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), vem sendo elaboradas redes temáticas prioritárias, dentre elas destaca-se para fins deste estudo, a RUE.

A RUE foi instituída através da Portaria do MS nº 1.600/2011, que também reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2011b). A efetivação desta política teve como marco a regionalização e o financiamento federal com vistas à configuração da RUE como proposta para reorganizar a atenção às urgências e emergências (TIBÃES, 2017).

Tendo em vista a tripla carga de doenças enfrentada pelo Brasil, que urge por respostas eficientes do sistema de saúde, a RUE deve ser implementada em todo o território nacional considerando os critérios epidemiológicos e a densidade populacional. Além disso, na RUE é indispensável a realização do ACCR, sendo a qualidade e a resolutividade na atenção os fundamentos do processo e dos fluxos assistenciais (BRASIL, 2015).

Como em qualquer configuração de rede de saúde, a atuação da RUE deve acontecer dentro de um território delimitado, com regiões de saúde e das redes de atenção definidas e organizadas a partir das necessidades de saúde das populações, seus riscos e vulnerabilidades específicos (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, desde o ano de 2011 a RUE vem sendo implantada em vários estados brasileiros. Na Bahia, a Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 044, de 27 de fevereiro de 2012, aprova as diretrizes, critérios e requisitos para elaboração dos Planos Estaduais, Regionais e Municipais da RUE. Esses planos atendem as diretrizes da PNAU e demais portarias específicas como a Portaria do MS nº 2.048/2002, a Portaria nº 4.279/2010 do MS e outras. Além disso, a referida Resolução apresenta as delimitações da territorialização da macro e microrregiões do Estado.

Mediante o cenário organizacional do SUS, diante das necessidades de saúde dos usuários em relação à continuidade do cuidado no contexto da RUE, compreende-se como

relevante abordar a importância da avaliação dos serviços de saúde, incluindo aspectos que verificam a qualidade, bem como a segurança do paciente.

2.2 Avaliação dos serviços de saúde: aspectos da qualidade e segurança do paciente

O termo avaliação tem uma polissemia de definições, isso se deve aos diversos sentidos dados a palavra por diferentes autores, em contextos sociais distintos (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Segundo Contandriopoulos et al. (1997, p. 30) “as definições da avaliação são numerosas e poderíamos até chegar a dizer que cada avaliador constrói a sua”. Os autores acrescentam que seria dificultoso propor uma definição genérica e absoluta para o termo avaliação. Entretanto, adotaram a avaliação como sendo

um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 31).

Corroborando este pensar, a definição do termo avaliação proposta por Champagne et al. (2011, p. 44) consiste

[...] fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, como objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Assim, apesar das múltiplas concepções sobre a palavra avaliação, no que se refere aos objetos e métodos, Vieira-da-Silva (2014, p. 15) afirma que o termo pode ser resumido em uma definição ampla, segundo a qual “a avaliação pode ser considerada como um dos tipos possíveis de julgamento que se faz sobre as práticas sociais”.

Quanto a tipologia da avaliação, considera-se dois grupos: a Avaliação Normativa e a Pesquisa Avaliativa (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010). A avaliação normativa apoia-se em normas e critérios e/ou padrões estabelecidos, possui uma forte relação entre o respeito aos critérios e normas determinadas e os efeitos da intervenção. Além disso, considera a abordagem sistêmica de Donabedian em seu desenvolvimento e é sistematizada na tríade: estrutura, processo, resultados. Já a Pesquisa Avaliativa avança

sob uma perspectiva analítica, mais relacional entre o problema, a intervenção, os objetivos da intervenção, os recursos, as atividades, os efeitos e o contexto no qual a intervenção encontra-se inserida (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

No tocante ao campo da avaliação em saúde, este também segue a tendência da diversidade de termos, conceitos e métodos seguindo a lógica da multiplicidade de questões consideradas como adequadas na área da saúde, da heterogeneidade e complexidade das intervenções, estejam elas na perspectiva de ações, serviços, programas ou políticas públicas (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

No campo das ações das políticas, planejamento e gestão em saúde, a avaliação vem ocupando uma centralidade nas organizações (BOSI; UCHIMURA, 2007; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010) e tem assumido variados desenhos, com vistas a se adequar ao escopo da intervenção ou da racionalidade científica que se almeja investigar (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Os serviços de saúde a partir dos anos 1960 passaram a ser pensados também como produtos, estando passível de avaliação devido as novas exigências de mercado (NOVAES, 2000). A qualidade é um parâmetro avaliado neste setor, mesmo que mais intensamente no setor privado, entretanto, ganhou expansão também no setor público, como parte dos direitos sociais da população e pelos movimentos de consumidores. Desde então, a avaliação da qualidade comumente associada à gestão e à garantia de qualidade, passou a ser desenvolvida com alguma regularidade por profissionais especializados, em particular nos Estados Unidos (NOVAES, 2000).

Nos últimos anos tem sido crescente a preocupação em avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde. Isto se deve a ampliação na oferta dos serviços e do aumento dos custos em saúde, após a incorporação crescente de tecnologia para o diagnóstico e tratamento das doenças (FRIAS et al., 2010). Acrescido a esta questão de caráter econômico, os serviços precisam responder às novas necessidades e problemas de saúde, resultantes dos processos de transição demográfica e epidemiológica. Além disso, a saúde por ser considerada um bem social, direito de todos os cidadãos, que implica na exigência de serviços de boa qualidade para todos os indivíduos envolvidos nos cuidados em saúde (FRIAS et al., 2010).

A qualidade é conceituada por Donabedian (1992) como a aquisição de maiores benefícios, quando comparados a menores riscos para o usuário. Tais benefícios, diz respeito à função do alcançável, segundo os recursos disponíveis e os valores. Além disso, o autor define qualidade como a satisfação das necessidades dos usuários, considera que

estes precisam ser escutados tanto devido a avaliação sistemática das atitudes dos profissionais de saúde, quanto pelo impacto dos processos de tratamento que lhes são oferecidos.

Segundo Pena (2010) a avaliação da qualidade tem sido considerada indispensável para a manutenção das instituições e a população passou a exigir mais empenho dos serviços de saúde. Avaliar a qualidade em saúde sugere buscar respostas para o desempenho das ações desenvolvidas (FURLAN, 2011).

Atualmente, existe uma diversidade de definições para o termo qualidade, no setor saúde, convergem para compreensão de que significa a consolidação de um elevado padrão de assistência (PERTENCE; MELLEIRO, 2010). Assim, o conceito de qualidade é relativamente complexo. Segundo Frias (2010, p. 43) “a compreensão de seu significado varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados”.

Destaca-se que quando é abordada a temática da avaliação da qualidade em saúde, conserva-se como hegemônico o modelo proposto por Donabedian (1985), centrado na tríade, formada pelos componentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura se refere aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, além disso inclui a composição organizacional do estabelecimento e a disponibilidade de profissionais qualificados; o processo, corresponde às atividades, bens e serviços prestados, ou seja, se refere aquelas que envolvem os profissionais de saúde e os pacientes; e o resultado, equivale ao produto final da assistência prestada (DONABEDIAN, 1985).

Nesse enlace, a tríade estrutura-processo-resultado passou a orientar a avaliação sistemática da qualidade do atendimento em saúde (DONABEDIAN, 1980). O autor salienta que a qualidade deve ser perseguida por ações sistematizadas do cuidado, por meio de indicadores que se revelam a partir do desdobramento de cada dimensão que compõe a tríade, e passa a comprovar sua evolução ao longo do tempo (DONABEDIAN, 1980).

A este respeito, Ovretveit (1996) segundo Serapioni (2009, p. 77), afirma que a definição de qualidade identifica três dimensões equivalentes aos principais atores que atuam no âmbito dos serviços de saúde:

- a) Qualidade avaliada pelo usuário: o que os usuários e acompanhantes desejam do serviço, seja como indivíduos, seja como grupos;
- b) Qualidade profissional: se o serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais que prestam a atenção e se as técnicas e os procedimentos necessários utilizados são executadas de forma apropriada;
- c) Qualidade gerencial: o uso eficiente e

produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os usuários dentro dos limites e das diretrizes estabelecidas pelas autoridades.

Nessa perspectiva, Pena (2010) afirma que definir níveis de qualidade em saúde é uma complexidade ímpar, dada a natureza e a peculiaridade das instituições de saúde. A autora acrescenta que padrões de qualidade mais elevados vem sendo exigidos destas instituições, por conseguinte, cada vez mais são pesquisados novos e efetivos meios para mensurar e avaliar os serviços prestados. Assim, nas últimas décadas, a temática da qualidade nos serviços de saúde tem sido relevante, tendo o significado deste termo passado por permanente construção conceitual e metodológica.

Para Castellanos (2002), um dos princípios da gestão contemporânea no que tange à qualidade, é que esta precisa ser definida pelo usuário. Por isso, é mister conhecer seus anseios e expectativas a fim de lhes oferecer produtos e serviços reconhecidos como de boa qualidade, sendo esta, responsabilidade de todos os envolvidos na organização.

Nesse contexto, devido ao caráter multidimensional e subjetivo do conceito de qualidade, as diferentes percepções de todos os atores envolvidos no cuidado à saúde (usuários, profissionais, gestores, entre outros) influenciam na compreensão da definição da qualidade em saúde e, portanto, precisa ser considerada (UCHIMURA; BOSI, 2002; DONABEDIAN, 2003).

É válido ressaltar que um dos componentes da avaliação da qualidade é a satisfação do usuário. Esta, é reconhecida por órgãos reguladores e instituições de saúde como sendo um “indicador significativo da qualidade em saúde” (PENA, 2010, p.24).

Avaliar o sistema de saúde sob a perspectiva do usuário, favorece a humanização nos serviços, possibilita verificar na prática cotidiana das instituições a resposta dos pacientes em relação a oferta dos serviços, suas percepções quanto à adequação e expectativas dos mesmos (TEIXEIRA, 2004).

Os estudos que abordam a temática da satisfação do usuário como componente da avaliação da qualidade, surgiram, inicialmente, nos Estados Unidos e na Europa a partir das décadas de 1960 e 1970, tendo como “objeto de interesse aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção, adesão ao tratamento médico, proporcionando, ao paciente/usuário, um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde” (ARRUDA; BOSI, 2017, p. 322). No Brasil, a temática apresentou-se apenas em meados da década de 1990, quando o SUS foi criado e trouxe como uma de suas diretrizes a participação da comunidade, a fim de fortalecer o controle social no âmbito das ações em saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Os estudos de avaliação da qualidade em saúde apontam para a necessidade de avaliar não somente a satisfação do usuário (MOREIRA; VIEIRA; COSTA, 2016; SIMÕES E SILVA, et al., 2009), pois como salienta Serapioni (2009) esta é apenas uma das facetas da qualidade.

Nesse enlace, Donabedian (1989) desde os anos 1980, recomendava que a avaliação da qualidade deveria incluir não apenas a subjetividade do paciente, mas que considerasse também fatores objetivos. Desse modo, de acordo com Ovretveit (1996), citado por Serapioni (2009) é importante para o desenvolvimento de estudos seguindo esta abordagem, que sejam incluídos gerentes/administradores (no mesmo patamar dos usuários e profissionais) como sendo atores sociais fundamentais para este tipo de avaliação.

Além das dimensões da qualidade equivalentes aos principais atores (usuário-profissional-gestor), os estudiosos da temática afirmam que a qualidade não se resume apenas a um único fator, pelo contrário, existe uma série de dimensões/atributos/pilares elencados por diferentes autores. De acordo com Donabedian (1990) os “sete pilares” dos cuidados de saúde que definem a sua qualidade são:

- **Eficácia:** é capacidade de cuidar, de produzir melhorias à saúde, segundo o estado do usuário.
- **Efetividade:** é o grau em que a melhoria da saúde é realmente alcançada.
- **Eficiência:** é a capacidade de obter a maior melhoria do estado de saúde, tendo um menor custo.
- **Otimização:** é o balanço mais vantajoso entre as melhorias da saúde e os custos envolvidos para alcançar essas melhorias.
- **Aceitabilidade:** conformidade aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares. Depende da relação profissional de saúde-paciente, das amenidades do cuidado, dos efeitos do cuidado e dos custos do atendimento.
- **Legitimidade:** conformidade com as preferências sociais expostas nos princípios éticos, valores, normas, leis e regulação.
- **Equidade:** conformidade com o que é justo e legítimo na distribuição equânime do cuidado entre os membros de uma população.

No início deste século, no ano de 2001, o *Institute of Medicine (IOM)* com a publicação do texto *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st*

Century, incorporou novos atributos da qualidade àqueles propostos por Doanbedian (1990), a saber: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade. Dessa forma, a segurança do paciente surge, pela primeira vez, como dimensão constituinte do conceito de qualidade do cuidado (COSTA, 2014).

Nesta perspectiva, cresce o interesse das agendas governamentais, acadêmicas e das instituições de saúde em todo o mundo no que tange a criação de estratégias orientadas para a melhoria da qualidade e do desempenho das organizações (MARTINS, 2014). Ao longo do tempo, tem ocorrido mudanças no foco central e das dimensões da qualidade, visto que a segurança do paciente, por exemplo, se revela como um atributo tão importante quanto a efetividade. O grande desafio é pôr em prática a qualidade e segurança do paciente, pois é necessário o envolvimento de todos os membros da organização (MARTINS, 2014).

Nesse contexto, a OMS (2009) ressalta que a qualidade e segurança do paciente são indissociáveis, tendo em vista que à medida que os sistemas de saúde reduzem os riscos de dano ao mínimo aceitável, conseqüentemente, estão buscando melhorar a qualidade dos seus serviços.

Segundo Martins (2014, p. 34) a segurança do paciente passou a assumir um “espaço privilegiado como um obstáculo a ser superável para buscar melhorar a qualidade no cuidado prestado ao paciente nos diversos níveis de atenção”. Com isso, a partir de meados dos anos 1990, o Brasil vem incorporando práticas de segurança do paciente, visto que as instituições públicas e privadas passaram a tomar medidas que trouxessem melhoria para qualidade da assistência hospitalar (MARTINS, 2014).

Nesse interim, é que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), baseada nas recomendações da OMS, vem desenvolvendo suas ações, na área de segurança do paciente, busca a promoção e proteção à saúde da população, com vistas a melhorar a qualidade e a segurança (COSTA, 2014).

Dessa forma, o MS instituiu, em 01 de abril de 2013, por meio da Portaria nº 529, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde e implementar ações direcionadas a segurança do paciente, nas áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde através da implantação da gestão de risco e de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) (BRASIL, 2013a). Tal Portaria, define a segurança do paciente como sendo a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2013a, s/p).

Ainda neste mesmo ano, a ANVISA aprovou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 que instituiu ações para promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Assim, ficou estabelecido que a direção do serviço de saúde deve constituir o NSP, adotando os seguintes princípios e diretrizes:

I – A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; II – A disseminação sistemática da cultura de segurança; III – A articulação e a integração dos processos de gestão de risco; IV – A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (BRASIL, 2013b, s/p).

Pelo exposto, é possível perceber que muitas estratégias estão sendo instituídas com a finalidade de melhorar tanto a qualidade quanto a segurança do paciente, portanto, estas precisam ser implementadas no dia a dia das instituições de saúde (COSTA, 2014).

Pode se dizer que a qualidade e segurança do paciente são fatores importantes para avaliar a dimensão da qualidade em saúde. Assim, tem-se que a avaliação em saúde constitui-se como uma ferramenta técnico-política indispensável para que os direitos do cidadão sejam respeitados e os serviços de saúde sejam acessíveis e de qualidade (SILVA; GASPARINI; BARBOZA, 2017).

Partindo desse entendimento, é que esse estudo se propôs a realizar uma avaliação com foco na qualidade em saúde, voltando o olhar para os componentes de uma RUE, alicerçada na tríade de Donabedian, inserindo neste contexto as diferentes percepções dos envolvidos nos cuidados em saúde (usuários, profissionais e gestores), lançando mão de dimensões objetivas e subjetivas, a fim de alcançar a complexidade que provém o fenômeno estudado.

3 QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL

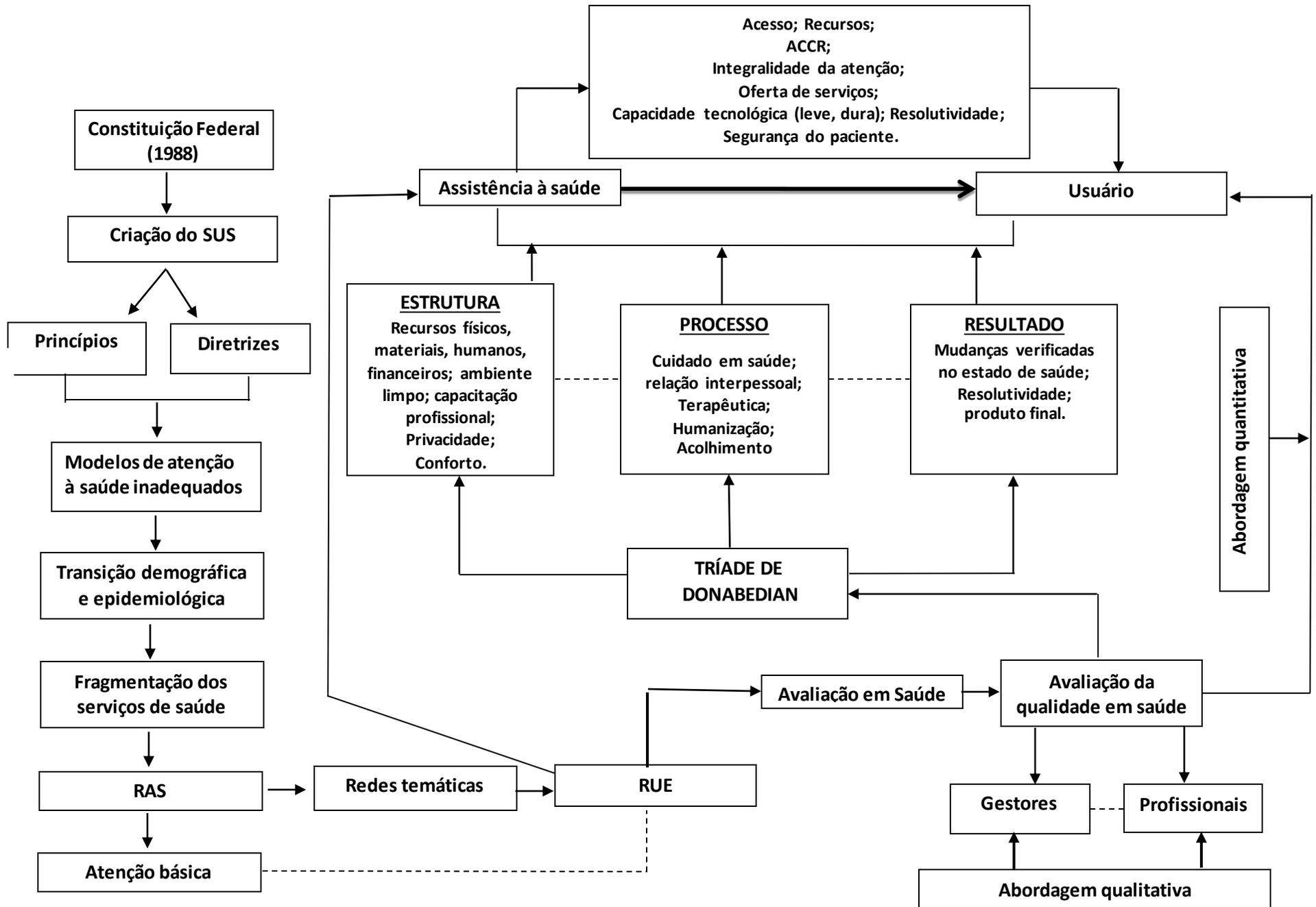
Desde a criação do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988 o sistema de saúde brasileiro vem tentando adequar modelos de atenção que sejam capazes de atender às demandas das necessidades de saúde da população, considerando o processo de transição demográfica e epidemiológica. Nota-se que há uma fragmentação dos serviços de saúde (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011), o que sugere o direcionamento para que as ações em saúde sejam executadas por meio das RAS (MENDES, 2011), sendo a AB uma das portas prioritárias para acessar os serviços de saúde.

As RAS tem por objetivo promover a integração sistêmica entre os serviços de saúde, a partir de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além disso, visa melhorar o desempenho do Sistema, no que tange o acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2011b).

Dentre as RAS, neste estudo, destaca-se a RUE que prioriza a integração entre os componentes da atenção às urgências e emergências. Baseado no contexto organizacional do SUS, mediante as necessidades de continuidade da assistência à saúde da população em situações urgentes ou emergenciais este estudo lançou o olhar sob o referencial teórico de Donabedian, no que tange a avaliação da qualidade em saúde, por compreender a importância da constante avaliação dos serviços de saúde também em aspectos que incluem a verificação da qualidade da assistência ofertada aos usuários do SUS.

O quadro-teórico conceitual apresentado abaixo (Figura 1), ilustra as relações propostas nesse contexto organizacional do SUS, associado ao referencial teórico eleito para fundamentar este estudo.

FIGURA 1. Modelo teórico conceitual. Jequié, 2019.



4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Segundo Castanheira et al. (2015), é relevante estudar as avaliações dos serviços de saúde, especialmente quando fundamentados na tríade de Donabedian, seguindo os quesitos de desenhos quantitativos. Corroborando esta perspectiva, Uchimura e Bosi (2002) afirmam que as análises direcionadas para o estudo dos componentes dos serviços de saúde corresponderiam a estudos da qualidade na sua dimensão objetiva, logo, é mensurável e a abordagem a ser eleita é a quantitativa. As referidas autoras mencionam também que a avaliação de programas e/ou serviços de saúde em sua dimensão subjetiva, podem lançar mão de utilizar a metodologia qualitativa, pois trata-se de uma pesquisa social capaz de ser um instrumento de avaliação muito proveitoso.

Desse modo, a fim de atingir os objetivos propostos neste estudo, foram utilizadas as abordagens quantitativa e qualitativa, com delineamento exploratório-descritivo. A opção pela combinação dos métodos se revelou como sendo a mais adequada mediante o problema investigado.

Cabe esclarecer que a elaboração deste estudo com as abordagens quantitativa e qualitativa ocorreu de maneira integrada, contudo buscando uma melhor compreensão pelo leitor, foi feito o desmembramento em etapas: etapa 1 – quantitativa e etapa 2 – qualitativa, que serão abordadas no subitens 3.4 e 3.5.

4.2 Considerações éticas

O estudo foi desenvolvido respaldando-se na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

A fim de atender aos aspectos éticos da pesquisa, o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sendo aprovado sob o parecer nº. 2.489.602/2018 (ANEXO A).

Para adentrar aos locais propostos para o estudo, a pesquisadora solicitou previamente a autorização dos serviços. Além disso, a coleta teve início somente após aprovação do projeto pelo CEP/UESB.

Os atores envolvidos no estudo foram convidados a participar voluntariamente do mesmo, sendo garantida a liberdade de recusa ou retirada do seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhes trouxesse prejuízo ou penalidade. Todas as informações e esclarecimentos a respeito do estudo foram apresentados aos participantes.

A formalização da aceitação em participar do estudo foi feita mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICES A e B), em duas vias de igual teor, ficando uma com o participante e outra a ser arquivada pela pesquisadora. Foi assegurado o sigilo e privacidade dos participantes quanto às informações obtidas na pesquisa. Os dados foram e continuarão armazenados em um banco de dados, por um período mínimo de cinco anos após a publicação da tese. A divulgação dos resultados não identificará os participantes do estudo.

4.3 Cenários do estudo

Este estudo foi direcionado a Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Macrorregião Sul do Estado da Bahia, aprovada pela Resolução CIB nº 218/2013 (BAHIA, 2013). Esta Macrorregião é composta por 04 Regiões de Saúde, sendo a de Jequié/BA a maior em número de municípios atendidos (25) e a segunda em número populacional (511.221 habitantes). Por esta razão, a Região de Saúde de Jequié/BA foi a selecionada para o desenvolvimento deste estudo.

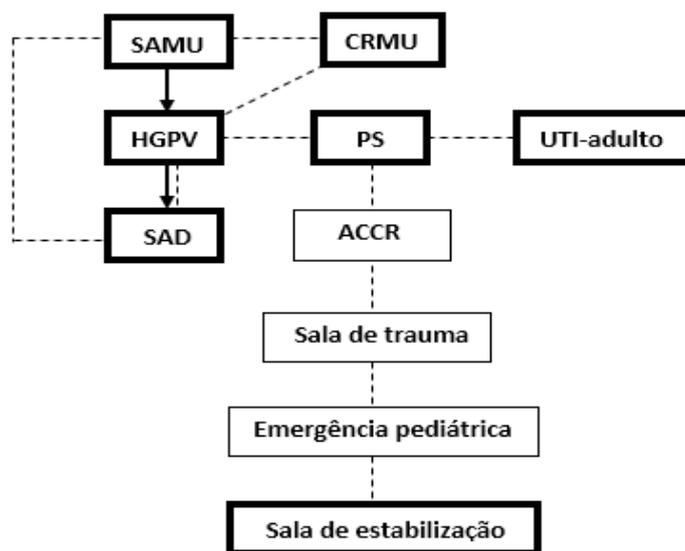
Ainda, observando a Resolução CIB nº 218/2013 que aprovou o plano de ação para estas regiões, pode-se constatar que o município-polo pertencente à região – Jequié/BA, contempla os seguintes componentes da RUE: SAMU, Central de Regulação Médica das Urgências (CRMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e hospital estratégico – o Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), no âmbito do pronto-socorro, sala de estabilização, Unidade de Terapia Intensiva-adulto (UTI-adulto) e Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (BAHIA, 2013).

Cabe esclarecer que o componente AB não foi incluído no estudo, visto que não consta na Resolução CIB nº 218/2013 e o plano de ação regional da rede de atenção às urgências e emergências da região de saúde de Jequié/BA, encontrava-se em fase de elaboração.

Assim, o projeto foi submetido ao CEP/UESB, constando a autorização dos componentes que estavam oficialmente disposto na Resolução CIB nº 218/2013. Contudo, posteriormente, na fase do teste piloto, o gestor em exercício da UPA acabou

por retirar a anuência, sendo informado à pesquisadora responsável que o componente o qual ele coordenava não poderia fazer parte da pesquisa. Diante disso, foi necessário a exclusão da UPA, sendo mantido os componentes apresentados na figura 2.

Figura 2 – Fluxograma dos componentes avaliados no estudo



Fonte: Elaboração própria

Abaixo são descritos os componentes que fizeram parte deste estudo, a saber:

- **SAMU Regional-192** de Jequié/BA é o componente do serviço pré-hospitalar móvel, previsto na PNAU. Está inserido na RUE, com a finalidade de promover a regulação dos componentes (BRASIL, 2003). Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES, 2017), a cidade de Jequié/BA dispõe de 04 unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência, sendo 03 ambulâncias de suporte básico de vida e 01 de suporte avançado. Este serviço conta ainda com a CLRMU regional.
- **CRMU** – De acordo com a Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004 a operacionalização da CRMU é um processo de trabalho por meio do qual se busca garantir a escuta permanente de um médico regulador. Este deve acolher todos os pedidos de socorro que cheguem à central e buscar informações iniciais sobre o grau da urgência de cada caso, direcionando a resposta mais adequada e equânime, monitorando sucessivamente a estimativa inicial do grau de urgência

até que se finalize o caso, deve ser garantida a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com os serviços pactuados, seguindo os preceitos de regionalização e hierarquização do sistema (BRASIL, 2004).

- **HGPV** - considerado como o hospital estratégico para a região de saúde de Jequié/BA, foi fundado no ano de 1947, sendo um dos principais hospitais do interior do Estado, conta com mais de 200 leitos (SOUZA, 2016). O público-alvo é o usuário do SUS residente em Jequié/BA e sua microrregião. O hospital é referência em urgência/emergência, psiquiatria, cirurgia geral de urgência/emergência, traumatologia-ortopedia, UTI-adulto e internação domiciliar. Em 25 de outubro de 2013, por meio da Portaria nº 1.208, foi habilitado pelo MS como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia (BRASIL, 2013c). Como foco deste estudo, os setores do HGPV que foram incluídos, diretamente, neste estudo são aqueles que compõem a RUE de Jequié/BA – o pronto-socorro (composto internamente pelos setores: ACCR, sala de trauma e emergência pediátrica); sala de estabilização e UTI-adulto. Importante esclarecer que o componente pronto socorro encontrava-se em reforma na infraestrutura, o que não inviabilizou a realização do estudo.
- **SAD** – definido como uma nova maneira de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às que já vigoram (BRASIL, 2013d). Trata-se de um dos componentes estratégicos da RUE, de acordo com o proposto na Portaria do MS nº 1.600/2011. Este serviço possui a capacidade de captar o usuário na fase pré-hospitalar que, após estabilizado, por vezes, permanece longos períodos aguardando vaga em leitos hospitalares, quando poderia concluir o tratamento ou a propedêutica no domicílio. Assim, trata-se de um dispositivo que potencializa a concretização da produção do cuidado de novas maneiras, com vistas a suprir às necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2014; OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014). O SAD, por meio do Programa Melhor em Casa lançado em 2011, é composto por uma equipe multiprofissional e visa ampliar o atendimento domiciliar, sendo disponibilizado aos usuários do SUS que necessitam de cuidados de saúde mais intensivos (BRASIL, 2011c).

4.4 Abordagem quantitativa: etapa 1

A pesquisa quantitativa, tem o intuito de identificar o predomínio de um fenômeno, por meio da análise em que ocorre a frequência e suas características, bem como os fatores relacionados e a associação entre eles (POLIT; BECK, 2011).

4.4.1 População do estudo

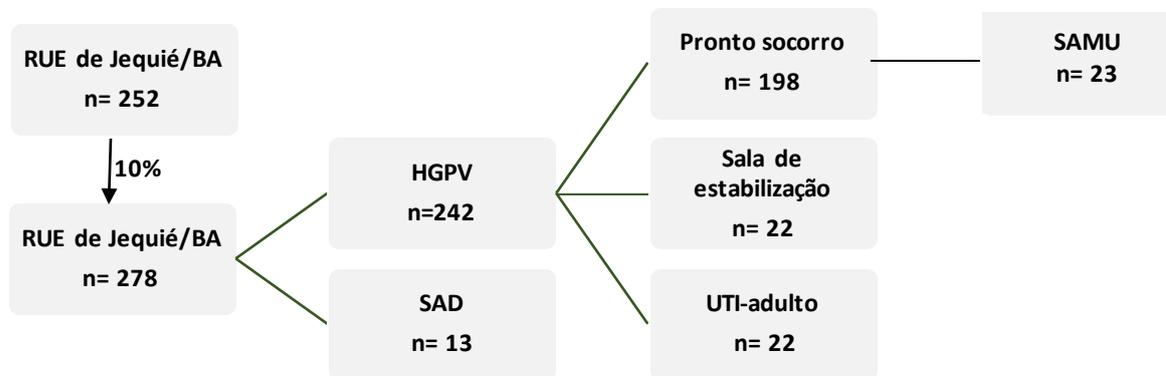
4.4.1.1 Cálculo da amostra

Para definição da amostra dos participantes do estudo tomou-se como base os atendimentos dos componentes da RUE de Jequié/BA, realizados no período de janeiro a abril de 2017, sendo distribuídos da seguinte forma: 19.403 usuários atendidos no HGPV (incluídos neste os componentes pronto-socorro, sala de estabilização, UTI-adulto). Os dados foram adquiridos junto ao Sistema de Acompanhamento Hospitalar do HGPV. Além disso, foi acrescida a projeção de 50 usuários atendidos neste mesmo período no SAD e 1.231 atendimentos do SAMU. Tais dados foram obtidos junto as coordenações dos componentes SAD e SAMU, respectivamente.

Desse modo, a amostra para este estudo foi definida a partir de um universo total de 20.684 usuários atendidos nos componentes da referida RUE.

Assim, com base no processo amostral, utilizando-se estratos aproximados para cada local do estudo e setor a ser investigado, foi calculado um tamanho amostral de 252 usuários, acrescido de 10%, considerando-se as possíveis perdas amostrais, totalizando 278 usuários atendidos em componentes da RUE de Jequié/BA (sendo 198 do pronto-socorro; 22 da sala de estabilização; 22 da UTI-adulto; 23 do SAMU; 13 do SAD), conforme Figura 3.

Figura 3 – Fluxograma da distribuição do quantitativo de usuários investigados, segundo o componente da RUE



Fonte: Elaboração própria

Participaram deste estudo 325 usuários assistidos na RUE de Jequié/BA, distribuídos nos componentes: Pronto-socorro (n=242; 74,7%), UTI (n= 22; 6,8%), sala de estabilização (n= 22; 6,8%) e SAD (n= 10; 3,1%) no âmbito do hospital estratégico (HGPV), e o SAMU (n=28; 8,6%). Embora a amostra do estudo com 10% de acréscimos (em razão de possíveis perdas) tenha sido 278 usuários, foram aplicados os instrumentos com 325, pois a pesquisadora responsável por vontade própria coletou além do estimado.

Para calcular a amostra foi utilizado *software* EPI-INFO versão 7.2.0.1 no módulo *Statcalc population survey*. Utilizou-se a frequência esperada de 50%, a margem de erro de 5%, o efeito do desenho 1,5, sem clusters.

Como fora dito anteriormente, para o componente SAD a estimativa inicial era de 50 pacientes, assim o cálculo amostral foi feito a partir desse quantitativo. Entretanto, a lista disponibilizada à pesquisadora responsável constava apenas os nomes e endereços de 20 usuários, logo, o mundo real era diferente daquele estimado, houve no cálculo uma superestimação.

4.4.1.2 Seleção dos participantes do estudo

O estudo foi realizado com os usuários¹ do SUS assistidos em um dos componentes da RUE, a saber: pronto-socorro/HGPV, distribuídos nos setores – ACCR, sala de trauma e emergência pediátrica; sala de estabilização, UTI-adulto; SAD; e SAMU.

Salienta-se que para todos os componentes incluídos neste estudo, foi permitida a participação de acompanhantes, nos casos de usuários em condições clínicas desfavoráveis (i.e. sonolento; desorientado; torporoso; comatoso) e o responsável legal de menores de 18 anos para responder ao formulário.

Importante esclarecer que os pacientes ao serem atendidos no HGPV foram classificados por enfermeiros(as) do setor de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), seguindo o *Sistema de Triage de Manchester* (STM). Salienta-se que o protocolo do STM é estruturado em fluxograma e o modelo utilizado no referido hospital foi adaptado à realidade do Estado da Bahia, a partir de um mapeamento embasado no perfil epidemiológico deste Estado, sendo padronizada a utilização de 04 (quatro) cores de acordo o grau de prioridade clínica, sendo a cor vermelha correspondente ao nível de gravidade emergência; a amarela ao nível de gravidade urgente; a verde pouco urgente e a cor azul classificada como não urgente (BAHIA, 2014).

Por se tratar de um estudo que trabalhou com vários componentes de uma rede, considerando que cada um destes serviços possui particularidades, abaixo foram descritos os critérios de inclusão e exclusão específicos para cada grupo de usuários do SUS atendidos na referida RUE:

- Usuários do SAMU – residir no município de Jequié/BA, ter sido atendido pela equipe deste serviço e encaminhados ao HGPV, ficando internado ou em observação. Foi estabelecido para este serviço, a fim de evitar o viés de memória, que só poderia ser convidado para participar deste estudo o paciente que tivesse sido assistido pela equipe do SAMU em um tempo máximo de 02 horas. No caso de pacientes que não tinham condições clínicas favoráveis (i.e. sonolento; desorientado; torporoso; comatoso) ou mesmo estavam inconscientes no momento do atendimento pela equipe do SAMU para

¹ O termo usuário é utilizado em toda a tese abrangendo paciente, acompanhante, responsável legal e cuidador, para designar o grupo de usuários do SUS participantes do estudo. Neste tópico 3.4.1.2, para uma melhor compreensão dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes, foi utilizado os termos paciente, acompanhantes, responsável legal e cuidador.

responder os formulários, o acompanhante que estava presente na ocasião do primeiro atendimento pelo SAMU foi convidado a participar do estudo. Nos casos destes acompanhantes que não estavam presentes no HGPV quando a pesquisadora ou algum membro de sua equipe foi convidar para participar do estudo, estes foram contactados por telefone (o número foi informado pelo acompanhante presente no momento da abordagem) e, em caso de anuência ao estudo, era agendado um horário para a coleta de dados, esta realizada no próprio hospital. Foram excluídos: os pacientes que estavam desacordados na ocasião do atendimento; acompanhante não identificado ou não localizado; e, os que não aceitaram participar da pesquisa.

- Usuários do HGPV – foram incluídos usuários residentes no município de Jequié/BA, que encontravam-se internado ou em observação em um dos cenários deste estudo, o pronto-socorro – abrangendo todos os setores que o compõe: ACCR, sala de trauma e emergência pediátrica; sala de estabilização; e UTI-adulto. Os pacientes do pronto-socorro convidados a participar do estudo, necessariamente, deveriam ter sido atendidos pela equipe da emergência, ser mantido em observação a pelo menos 02 horas ou estar internado em uma das alas que compunha o setor da emergência hospitalar; no caso de pacientes que não possuíam condição de saúde favorável para participar, foi feito o convite ao acompanhante (ou no caso de pessoas menores 18 anos, ao seu responsável legal) que passou maior tempo cuidando deste usuário na unidade hospitalar. Quanto aos pacientes internados na sala de estabilização e UTI-adulto: foram incluídos aqueles em condições clínicas favoráveis (i.e. orientados e verbalizam). Entretanto, geralmente, nestes setores os pacientes são considerados graves. Para este paciente, foi necessário aguardar sua transferência para as outras clínicas no âmbito do HGPV – neurológica, médica ou cirúrgica. No caso dos pacientes transferidos para as referidas clínicas, mas que ainda não tinham condições de saúde favoráveis para participar da pesquisa, foi necessário convidar o seu respectivo acompanhante. Com isso, tem-se que os pacientes da sala de estabilização e UTI-adulto foram rastreados pela pesquisadora responsável, a fim de seguir o fluxo percorrido pelo paciente, a partir de sua transferência interna. Foram

excluídos: os pacientes e acompanhantes que não aceitaram participar da pesquisa e o acompanhante não identificado ou não localizado.

- Usuários do SAD – foram abordados em suas residências, sendo estabelecida 03 tentativas de localização do respondente. Os critérios de inclusão foram: residir no município de Jequié/BA, assistido por profissionais de saúde deste componente. No caso de usuários que não tinham condições de responder por razões da própria situação de saúde no momento, o cuidador ou familiar responsável, foi convidado a participar da pesquisa. Foram excluídos: os pacientes com endereços não localizados e aqueles em que o paciente, o cuidador ou familiar responsável não aceitaram participar da pesquisa. Destaca-se que para este componente houve 08 perdas, sendo 04 óbitos, 02 pacientes em que os endereços não foram localizados e 02 casos em que foram esgotadas as 03 tentativas estabelecidas.

4.4.1.3 Perfil sociodemográfico e dos atendimentos de usuários em componentes da RUE de Jequié/BA

O estudo foi realizado com 325 usuários do SUS, residentes no município de Jequié/BA, estando em observação ou internado em um dos componentes da RUE, a saber: Pronto-socorro (n=243), UTI (n= 22), sala de estabilização (n= 22) e SAD (n= 10), estes no âmbito do hospital estratégico - o HGPV; e SAMU (n=28).

Os participantes, em sua maioria, eram do sexo masculino (n=217), adultos (n=264), sendo a idade média de 42,4 anos: mínima de 18 e máxima de 93 anos.

De acordo com o protocolo de avaliação e classificação de risco STM (adaptado para o Estado da Bahia), houve predominância de pacientes atendidos por urgência relativa (n=139), estando a maioria em observação (n=192).

4.4.2 Coleta de dados

4.4.2.1 Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados nos meses de fevereiro a outubro do ano de 2018. Os instrumentos foram aplicados aos usuários do SUS, atendidos em componentes da RUE de Jequié/BA, sendo dois formulários, o primeiro com questões referentes a

caracterização sociodemográfica (APÊNDICE C) e o segundo (APÊNDICE D), adaptado do questionário elaborado e validado por Morais (2009) (ANEXO B). Tratou-se de um instrumento psicométrico, que utilizou a medida escalar para “conhecer a percepção dos usuários da Unidade de Emergência de Adultos (UEA) como entes sociais e emocionais” (MORAIS, 2009, p. 40).

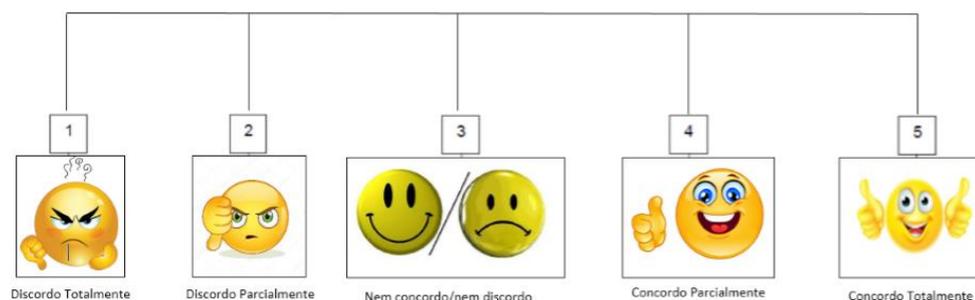
Segundo Pasquali (2009) a psicometria busca explicar o sentido de respostas dadas pelos indivíduos a uma série de tarefas, tipicamente denominadas de itens e está fundamentada na teoria da medida em ciências, logo, no método quantitativo e apresenta como principal característica e vantagem “o fato de representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a utilização da linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais” (PASQUALI, 2009, p. 993).

Nesse contexto, a medida escalar é uma das várias formas que a medida psicométrica pode utilizar, por meio dela é possível atribuir números às coisas empíricas (PASQUALI, 2017; PASQUALI, 2009; PASQUALI, 1996). A medida escalar inclui os testes psicológicos, os inventários, as escalas e outros. Entretanto, as escalares são as mais comumente utilizadas na Psicologia Social, sobretudo no estudo das atitudes e no âmbito da personalidade. Assim, estas pretendem investigar os estímulos que expressam um conteúdo psicológico com equivalência numa grade intervalar – psicológica, onde existe uma reação (PASQUALI, 1996).

Seguindo essa vertente, o instrumento deve procurar averiguar o grau de adesão do sujeito em relação a uma série de declarações, as quais ele será favorável ou não, em relação ao objeto psicológico estudado (PASQUALI, 1996). O autor acrescenta que este tipo de escala é elaborada sob a formatação de um conjunto de assertivas em que tem seu foco em alguma atitude. As escalas variam, sendo mais comumente utilizadas as de 5 a 7 pontos (PASQUALI, 1996).

No instrumento elaborado por Morais (2009) as variáveis pesquisadas foram agrupadas em 33 afirmativas, sendo 13 negativas e 20 positivas, respondidas por meio de 5 possibilidades de respostas conforme propõe Renis Likert. Assim, o usuário opta pela alternativa de acordo com seu grau de concordância com a frase, seguindo a escala Likert, em que: (1) corresponde a discordar totalmente; (2) discordar parcialmente; (3) nem concorda, nem discorda; (4) concorda parcialmente; (5) concorda totalmente. A representação da escala seguirá o modelo da Figura 4, adaptada daquela elaborada por Morais (2009) conforme proposto por Likert.

Figura 4. Escala Likert



Fonte: MORAIS, 2009 (adaptado)

O questionário construído por Moraes (2009, p. 42) foi pautado “em uma revisão de literatura com enfoque na satisfação do usuário de serviços de saúde, qualidade da assistência à saúde e de enfermagem e avaliação de serviços de saúde”. Visou avaliar uma unidade de emergência, pautada na tríade de Donabedian, logo, trata-se de um instrumento que avalia componentes relacionados a estrutura, processo e resultado. Portanto, apesar de estar focado na avaliação da assistência de enfermagem, Moraes (2009) traz questões possíveis de adaptação para equipe de saúde, além de envolver a tríade, pois aborda itens sobre hotelaria, alimentação até a assistência e seus resultados.

Com isso, compreendeu-se que o instrumento construído por Moraes (2009) encontrou aderência a este estudo, sendo utilizado após algumas alterações que foram necessárias, em atenção aos objetivos deste estudo e considerando que não está focado na assistência de enfermagem, mas com as diversas categorias de profissionais de saúde que prestam cuidados em componentes da RUE de Jequié/BA.

A forma de aplicação do instrumento de Moraes (2009) neste estudo foi diferente, visto que foram feitas alterações no questionário, a fim de que este fosse utilizado na condição de formulário. Assim, foi reescrito de modo que todas as alternativas estivessem na 3ª pessoa do singular e não na 1ª, como no questionário. Esta modificação foi necessária pois o maior número dos participantes da etapa quantitativa deste estudo (os usuários do SUS atendidos na RUE de Jequié/BA) não eram alfabetizados, portanto, não teriam condições de responder às perguntas sem auxílio do pesquisador ou membro de sua equipe para fazer a leitura dos instrumentos. Do exposto, considerando que o questionário deve ser auto aplicado, já o formulário conta com uma terceira pessoa para

fazer a leitura das afirmativas, esta última modalidade facilitou o desenvolvimento do estudo, por isso, esta foi a melhor forma de desenvolvê-lo.

Os itens do questionário que sofreram modificações foram: a palavra “enfermagem” que foi substituída pelo termo “saúde”, exceto no item 17 em que o referido termo foi alterado por “equipe”; no item 28 a palavra “enfermagem” ficou mantida tendo em vista que neste caso, não seria necessária a troca, já que quando o usuário chega a unidade e passa pelo setor do ACCR, sua classificação é feita pela equipe de enfermagem; e no item 33, a palavra “enfermagem” foi suprimida; nos itens 11 e 32 foi feita a mudança apenas da preposição “da” por “de”; no item 14 o termo “de enfermagem” foi alterado por “da equipe de saúde”; nos itens 22 e 27 foram incluídos o termo urgência, visto que este estudo aborda não somente os serviços de emergência. Além disso, é importante esclarecer que algumas questões foram excluídas para os componentes sala de estabilização e UTI-adulto, SAMU e SAD, pois não se adequavam a estrutura ou normas e rotinas do serviço.

Considerando as alterações que foram realizadas no instrumento, a fim de atender às exigências necessárias para um estudo que utilizou escala psicométrica, inicialmente foi realizado um teste piloto e com os dados deste, feita a verificação da confiabilidade de coerência interna do instrumento após as modificações. Segundo Pasquali (2009) existem diferentes técnicas para analisar a precisão de testes, estas objetivam verificar a consistência interna entre os itens do teste. Como exemplo, este autor cita o coeficiente alfa de Cronbach.

De acordo com Cortina (1993), o coeficiente alfa é uma das ferramentas estatísticas mais importantes e utilizadas em pesquisas que envolvem a elaboração de testes e sua aplicação. Trata-se de um índice que visa medir a confiabilidade do tipo consistência interna de uma escala, logo, avalia o quanto os itens de um instrumento estão correlacionados (CORTINA, 1993). “Um nível aceitável de confiabilidade indica que os participantes estão respondendo às perguntas de maneira coerente” (MORAIS, 2009, p. 44). Normalmente, os pesquisadores consideram um Alfa de 0,7 como sendo satisfatório, e aceitam que coeficientes mais baixos podem também ser aceitáveis a depender do objetivo da investigação (MORAIS, 2009).

4.4.2.2 Seleção e treinamento dos entrevistadores

A pesquisadora responsável realizou a seleção de 28 discentes de graduação da área de saúde da UESB, convidados a participar da fase de coleta dos dados. Na seleção, os participantes apresentaram sua disponibilidade de horário para a coleta de dados, sendo selecionados 20 participantes.

Nos meses de fevereiro e março de 2018, a equipe de entrevistadores foi treinada pela pesquisadora responsável, com vistas a padronização dos procedimentos para a coleta, familiaridade com os instrumentos e atingir a uniformidade em todo o processo desta fase.

O treinamento consistiu em três etapas. Na primeira, foi apresentado o projeto; na segunda, foi reapresentado os instrumentos e feita a simulação da aplicação destes, entre os membros da equipe; a terceira, aconteceu com grupos de no máximo 06 discentes já no HGPV, onde a pesquisadora responsável apresentou os cenários da pesquisa no âmbito do hospital estratégico e treinou cada um dos membros da equipe individualmente, preparando-os para a aplicação do teste piloto e posteriormente, para a coleta de dados. Ao final de cada treinamento com os grupos de discentes, era feita uma reunião a fim de que os mesmos expusessem suas dificuldades, e caso ainda tivesse dúvidas, estas eram esclarecidas.

Para o treinamento e posterior coleta de dados, foi fornecido a cada entrevistador os materiais necessários: classificador, caneta, papel ofício, instrumentos, TCLE e 01 cópia da escala de Linkert (conforme figura 4), a fim de auxiliar no momento da aplicação dos instrumentos com o intuito de facilitar a classificação pelo usuário.

4.4.2.3 Operacionalização da coleta de dados

A partir da análise da disponibilidade de horários dos discentes, foi elaborado um cronograma de modo que a coleta acontecesse no pronto-socorro todos os dias da semana, bem como sábado e domingo, nos três turnos, respeitando-se as normas da instituição. Os entrevistadores foram distribuídos nos setores do pronto-socorro, de modo que ao longo de uma semana, nenhum setor ficasse descoberto. No caso específico de coleta no domicílio de usuários ou acompanhantes, esta foi agendada previamente, conforme disponibilidade do participante.

A abordagem aos usuários aconteceu em ocasião favorável para o mesmo, ou seja, depois de já ter sido atendido pela equipe de saúde, estando em situação estável e quando os profissionais assistenciais já haviam realizado os procedimentos. Consideramos também a disponibilidade dos acompanhantes ou responsáveis legais para a aplicação dos instrumentos.

A seleção dos usuários do pronto-socorro ocorreu da seguinte maneira: para iniciar a coleta diária, ao chegar à instituição a pesquisadora e/ou os membros de sua equipe se apresentavam a equipe do plantão e informavam sobre a realização da pesquisa. Posteriormente, era feita a seleção dos prontuários e fichas de atendimento dos pacientes residentes em Jequié/BA, estando estes internados ou em observação. Os nomes dos pacientes eram anotados em uma folha de papel ofício, em seguida buscava-se localizar o paciente, estes eram convidados a participar do estudo, considerando os critérios de inclusão.

Os usuários atendidos pela equipe do SAMU, foram abordados no HGPV. A fim de identificá-los, a pesquisadora e/ou os membros da equipe, selecionavam os prontuários dos usuários que chegavam a unidade de urgência/emergência conduzidos pelo SAMU, anotava seus respectivos números e, posteriormente, buscava localizá-los e convidava-os a participar do estudo, em observância aos critérios de inclusão e exclusão.

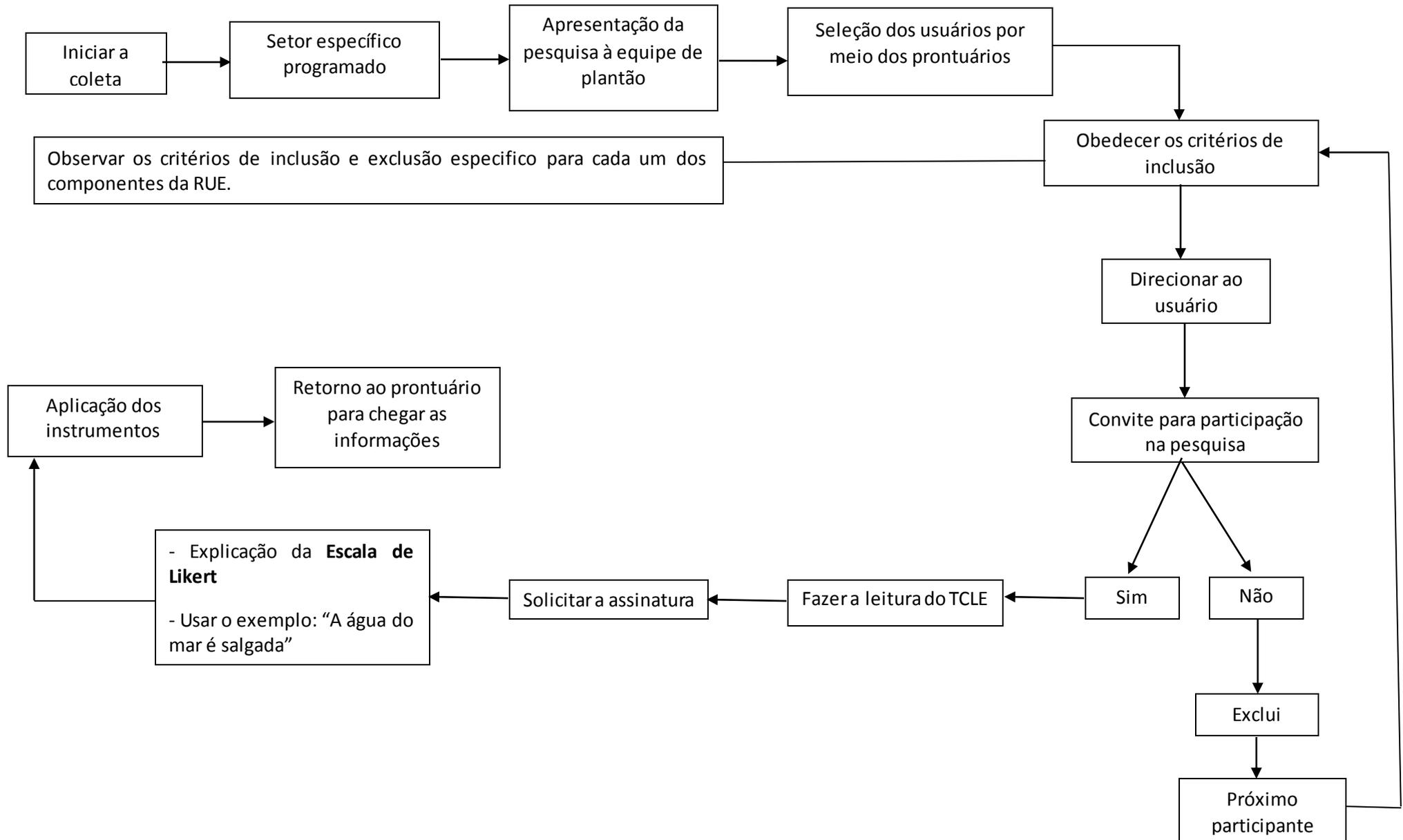
A dinâmica da coleta de dados na sala de estabilização e UTI, seguiu as seguintes regras: a pesquisadora ou o membro de sua equipe, deveria se apresentar a equipe do plantão e informava sobre a realização da pesquisa no setor. Em seguida, identificava junto a equipe, se no momento, teria usuário em condições favoráveis para participar da coleta de dados. Em caso afirmativo, se dirigia até o leito do paciente, com o objetivo de falar sobre a pesquisa e verificar a anuência ao estudo. Além disso, era solicitada à equipe, as altas e/ou transferências internas programadas para aquele dia. Com isso, era possível “rastrear” o usuário e acompanhar o seu fluxo entre os demais setores no HGPV. Assim, quando se identificava que o usuário já estava em um outro setor, apresentando condições clínicas favoráveis ou mesmo estivesse com acompanhante ou responsável legal, seguindo os demais critérios de inclusão já estabelecidos, procedia-se a coleta de dados.

Os usuários do SAD foram selecionados, a princípio, por meio de sorteio, respeitando-se os critérios de inclusão. Inicialmente, a pesquisadora esteve junto a coordenadora deste serviço, identificou a quantidade, o nome e endereço dos usuários. Daí foi elaborada uma lista com o nome destes, sendo estes nomes colocados em um

envelope vazio. Em seguida, foi realizado o sorteio dos usuários que iriam participar do estudo, seguindo o “n” estabelecido para a amostra. Ficou estabelecido que a pesquisadora poderia realizar até 03 tentativas para conseguir encontrar o paciente ou o familiar responsável, e, caso não o localizasse, este seria excluído do estudo. Destaca-se que houve perdas para este componente devido a ocorrência de óbito, número de tentativas esgotadas ou endereço não localizado.

Ficou padronizado entre os entrevistadores, que as etapas para a realização da coleta de dados junto ao usuário ou seu acompanhante ou responsável legal, deveria seguir o fluxograma apresentado na Figura 5. Sendo assim, foi obedecida a seguinte sequência: direcionamento para o setor programado, apresentação do entrevistador, objetivos e importância do estudo, seleção dos prontuários, observância aos critérios de inclusão e exclusão, esclarecimento dos aspectos éticos, assinatura do TCLE, orientação quanto à forma e aplicação do formulário, explicando também a escala de Linkert conforme figura 2, ilustrando por meio dos emotions adicionados a escala e do exemplo elaborado por Moraes (2009) – “A água do mar é salgada”. Com a utilização dessa frase como exemplo, era feita a orientação aos usuários quanto a dinâmica de aplicação da escala.

Figura 5 – Fluxograma para operacionalização da coleta de dados



Fonte: Elaboração própria

4.4.2.4 Teste piloto

O teste piloto teve como objetivos: examinar a confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados; treinar os discentes voluntários que participaram como entrevistadores do estudo; e executar a dinâmica da coleta de dados que foi traçada a fim de identificar suas potencialidades, dificuldades e necessidade de mudanças.

O teste piloto foi realizado com 29 usuários do SUS que encontravam-se em observação em um dos setores que compõe o pronto-socorro do HGPV, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. O teste aconteceu entre os meses de fevereiro e março de 2018.

Inicialmente, havia sido estabelecido que para a participação na pesquisa no componente pronto-socorro/ HGPV, só seriam incluídos aqueles pacientes residentes em Jequié/BA, que estivessem em observação há pelo menos 02 horas e que se adequassem aos demais critérios. Entretanto, no dia a dia da coleta foi possível perceber que os pacientes com tais critérios encontravam-se em maior número internados, aqueles que encontravam-se em observação no período estabelecido eram oriundos de outros municípios. Além disso, foi identificado também que os residentes em Jequié/BA, quando em observação não permaneciam por muito tempo no hospital, eram liberados após a medicação, logo, não contemplava o período de duas horas.

Diante deste fato, passamos a (re)pensar a possibilidade de ampliar nossos critérios de inclusão para os pacientes internados, partindo do pressuposto que a visão acerca da qualidade da assistência para o usuário internado também deveria ser considerada neste estudo.

4.4.2.4.1 Resultado do teste piloto

Após findar o teste piloto, percebeu-se a necessidade de incluir no instrumento intitulado “Caracterização sociodemográfica dos usuários do SUS assistidos nos componentes/serviços da RUE de Jequié/BA”, as variáveis observação e internamento, a fim de identificar o tipo de atendimento recebido pelo usuário no componente (se observação ou internado). Quanto ao formulário adaptado de Moraes (2009) (APÊNDICE D), não houve necessidade de reajustes após o teste.

O teste piloto possibilitou também perceber a necessidade de incluir no estudo os pacientes internados, haja vista que estes eram assistidos pela equipe da emergência, durante longos períodos, enquanto aguardavam transferência para as outras clínicas no âmbito do HGPV.

Os dados oriundos dos formulários foram armazenados e organizados em planilhas do Programa *Microsoft Excel*, ano 2010 e, posteriormente, no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS, versão 21.0), foi feita a análise para verificação da confiabilidade de coerência interna entre as questões, por meio do coeficiente alfa de Cronbach.

Obteve-se um resultado satisfatório que apontou o valor de alfa igual a 0,84, o que é considerado por alguns autores como sendo de alta confiabilidade, pois é maior que 0,7 (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010; NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994).

4.4.3 Análise dos dados

Os dados coletados, oriundos dos formulários foram armazenados e organizados em planilhas do Programa *Microsoft Excel*, ano 2010 e, posteriormente, analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS, versão 21.0).

Para apresentação das variáveis sociodemográficas foi utilizada a análise descritiva, com distribuição de frequências (absoluta e relativa), a fim de caracterizar os participantes do estudo. Quanto as variáveis contínuas, foram apresentadas a mediana e intervalo interquartil, dada a não normalidade dos dados. Além disso, no intuito de comparar as dimensões da qualidade (i.e. processo, estrutura, resultado) nos diferentes componentes da RUE, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis com Post Hoc de Bonferroni.

4.5 Abordagem qualitativa: etapa 2

A fim de que se cumprisse esta etapa do estudo, optou-se pela abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Segundo Minayo (2014) o método qualitativo é aplicado em estudos da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, é produto das interpretações que os seres humanos fazem em

relação à realidade na qual estão inseridos, de como constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Nesse pensar, a referida autora ratifica que a abordagem qualitativa possibilita ao pesquisador conhecer a vivência, os valores, os significados e o modo de interagir dos indivíduos ou dos grupos sociais, já que estes diferem-se pelo agir, pelo pensar e maneira de interpretarem suas ações dentro de um contexto partilhado com seus semelhantes (MINAYO, 2014).

Nessa perspectiva, buscou-se uma aproximação junto a profissionais de saúde e gestores em componentes da RUE de Jequié/BA, a fim de compreender suas percepções acerca da qualidade da assistência à saúde prestada nestes serviços.

4.5.1 Participantes do estudo

Para a seleção dos participantes de um estudo qualitativo, é necessário a escolha criteriosa de informantes que de fato estejam imersos no fenômeno investigado. Segundo Minayo (2017) nesta abordagem metodológica deve se preocupar menos com a generalização e as generalidades e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão.

Assim, para a seleção dos profissionais de saúde, foi feita uma aproximação com os componentes da RUE, em que a pesquisadora responsável esteve pessoalmente em cada serviço para apresentar o estudo ao(a) coordenador(a), abordando especialmente os objetivos deste e conseguir identificar os possíveis participantes que, posteriormente, foram selecionados de modo aleatório, por meio de sorteio seguindo a escala diária do plantão e convidados a participarem do estudo.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: os profissionais de saúde deveriam estar em exercício de atividades assistenciais, tendo um tempo de experiência igual ou superior a seis meses, com jornada de trabalho de pelo menos 20 horas semanais. Tal critério foi estabelecido considerando que a partir de seis meses com permanência mínima de 20 horas, na mesma unidade de trabalho, acredita-se que os profissionais já tenham vivência para responder às questões referente à qualidade da assistência à saúde em componentes da RUE, considerando as dimensões de estrutura, processo e resultado. Adotou-se como critério de exclusão: afastamentos prolongados (licença ou férias).

Quanto ao critério numérico para determinação do quantitativo de participantes da pesquisa, segundo Minayo (2017) é o menos preocupante, pois a amostra qualitativa ideal é aquela que discorre as múltiplas dimensões de determinado fenômeno buscando a qualidade das ações e das interações durante todo processo.

Assim, inicialmente, o número de participantes não foi definido, considerando que por si tratar da abordagem qualitativa, a quantidade de informantes não deve ser predefinida, essa determinação só aconteceu mediante a compreensão do fenômeno quando os objetivos 2 e 3 foram alcançados.

Desse modo, os participantes deste estudo foram divididos em dois grupos, seguindo seus respectivos critérios de inclusão e exclusão:

Grupo I – 06 gestores considerados como representantes-chave dos componentes da RUE de Jequié/BA.

Grupo II – 38 profissionais de saúde de nível técnico e/ou superior (técnico ou auxiliar em enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, médico e fonoaudiólogo), que prestavam assistência à saúde em componentes da RUE de Jequié/BA.

No que se refere aos participantes do Grupo I, a fim de observarmos as questões éticas, não foi realizada sua caracterização em virtude de assegurar seu anonimato, tendo em vista o número reduzido de participantes que atuam como gestores dos componentes da RUE de Jequié/BA. Já os participantes do Grupo II – profissionais de saúde – foram caracterizados segundo sexo, idade, profissão, formação, componente e setor da RUE em que trabalha, tempo de atuação profissional, tempo de atuação no componente da RUE de Jequié/BA, tipo de vínculo, regime de trabalho e participação em curso de atualização, conforme apresentado no Quadro 2.

A fim de manter o anonimato dos participantes foi adotada a letra “P” de participante, seguida de um algarismo numérico e a sigla da nomenclatura do componente de atuação na RUE (i.e. P-1/Pronto-socorro/HGPV). Os gestores foram nomeados também com a letra “P” e a sequência numérica, porém o componente em que trabalhava não foi identificado, utilizou-se apenas a palavra gestor (Ex.: P-1/Gestor).

Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde atuantes em componentes da RUE de Jequié/BA. Jequié, Bahia, Brasil, 2018.

Identificação	Sexo	Idade (Anos)	Profissão	Formação	Componente e setor da RUE em que trabalha	Tempo de atuação	Tempo de atuação no componente	Tipo de vínculo	Regime de trabalho	Curso de atualização
P-7	F	46	ENF	Especialista	SAMU/USA	22	07	Efetivo	20	Sim
P-8	F	33	MED	Graduação	SAMU/CRMU	02	01	Contrato	24	Não
P-9	F	53	TE	Nível técnico	SAMU/USB	23	09	Efetivo	36	Sim
P-10	F	32	TE	Nível técnico	HGPV/PS/ST	10	05	Efetivo	32	Sim
P-11	M	57	ENF	Especialista	HGPV/PS/ACCR	35	06	Efetivo	40	Sim
P-12	F	35	NUT	Especialista	HGPV/PS/SE/UTI	09	06	Efetivo	30	Não
P-13	F	19	TE	Nível técnico	HGPV/PS	10*	08*	Contrato	40	Sim
P-14	F	39	TE	Nível técnico	HGPV/PS/ACCR	09	07	Efetivo	40	Não
P-15	F	49	AS	Especialista	HGPV/PS/SE/UTI	20	12	Efetivo	30	Não
P-16	F	36	ENF	Especialista	HGPV/PS/ACCR	13	05	Efetivo	30	Sim
P-17	F	30	ENF	Mestra	HGPV/PS	08	07*	Celetista	30	Sim
P-18	M	35	FIS	Residente	HGPV/PS/SE/UTI	06	05	Contrato	30	Sim
P-19	F	29	PSI	Graduação	HGPV/PS	05	01	Contrato	40	Sim
P-20	M	35	MED	Graduação	HGPV/PS	03	03	Contrato	24	Não
P-21	M	41	ENF	Especialista	HGPV/PS	09	04	Contrato	30	Não
P-22	M	30	TE	Nível Técnico	HGPV/PS	03	03	Contrato	30	Sim
P-23	F	53	ENF	Especialista	HGPV/PS/EP	20	15	Efetivo	30	Não
P-24	M	42	TE	Nível Técnico	HGPV/PS/EP	06	03	Efetivo	30	Sim
P-25	F	35	FIS	Especialista	HGPV/PS/SE/UTI	12	12	Efetivo	40	Sim
P-26	F	45	TE	Nível Técnico	HGPV/PS/EP	10	06	Efetivo	30	Não
P-27	F	53	AS	Especialista	HGPV/PS/UTI	28	17	Efetivo	40	Não
P-28	F	31	ENF	Especialista	HGPV/PS/SE	08	08*	Efetivo	30	Sim
P-29	F	44	FON	Especialista	SAD	11	06	Celetista	40	Sim
P-30	F	36	ENF	Especialista	SAD	13	06	Efetivo	40	Sim
P-31	M	38	TE	Nível Técnico	SAD	10	10	Contrato	36	Sim
P-32	F	36	ENF	Especialista	HGPV/UTI	05	04	Efetivo	30	Sim
P-33	F	31	TE	Nível técnico	HGPV/UTI	09	07	Efetivo	30	Sim

P-34	F	56	AE	Ensino médio	HGPV/UTI	26	12	Efetivo	40	Sim
P-35	M	43	MED	Especialista	HGPV/UTI	20	10	Efetivo	24	Sim
P-36	F	26	FIS	Especialista	HGPV/UTI	02	02	Contrato	30	Sim
P-37	F	65	AS	Especialista	SAD	43	08	Contrato	30	Sim
P-38	F	29	MED	Especialista	SAMU/USA	04	02	Contrato	24	Sim
P-39	F	50	TE	Nível Técnico	SAMU/USB	18	14	Efetivo	30	Sim
P-40	M	33	ENF	Nível Técnico	HGPV/PS/ST/ES	11	06	Efetivo	30	Sim
P-41	F	29	PSI	Graduação	HGPV/PS/EP	02	11*	Contrato	30	Sim
P-42	M	39	TE	Nível Técnico	SAMU/USB	12	10	Contrato	40	Sim
P-43	M	50	ENF	Mestre	SAMU/USA	23	13	Efetivo	20	Sim
P-44	F	36	FIS	Especialista	HGPV/PS/SE	12	06	Efetivo	30	Sim

Fonte: dados coletados no estudo

*Meses; ACCR=Acolhimento com Classificação de Risco; AE=Auxiliar de enfermagem; AS=Assistente social; CRMU = Central de Regulação Médica de Urgência; ENF=enfermeiro(a); EP=emergência pediátrica; FIS=fisioterapeuta; HGPV= Hospital Geral Prado Valadares; MED=médico(a); NUT=nutricionista; PS= Pronto-Socorro; PSI= psicólogo(a); SAMU=Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; SE= sala de estabilização; ST= sala de trauma; TE=técnico em enfermagem; USA= Unidade de Suporte Avançado; USB= Unidade de Suporte Básico; UTI=Unidade de Terapia Intensiva.

Do grupo de 38 participantes, 27 são do sexo feminino e 11 do sexo masculino; a idade variou entre 19 e 65 anos; o tempo de atuação profissional apresenta-se de 10 meses a 43 anos, com tempo de atuação no componente da RUE de 08 meses a 17 anos.

Entre os participantes do grupo II, tivemos: 11 enfermeiros(as); 04 médicos (as); 11 técnicos(as) em enfermagem; 01 auxiliar em enfermagem; 04 fisioterapeutas; 01 nutricionista; 03 assistentes sociais; 02 psicólogas; e 01 fonoaudióloga. Entre estes, 07 trabalhavam no componente SAMU, 4 no SAD e 27 no HGPV, estando estes exercendo suas funções no PS (em todos os setores que o compõe), UTI e sala de estabilização.

Quanto à formação destes profissionais, tivemos: 02 mestres, 01 residente, 18 especialistas, 04 graduados, 12 nível técnico e 01 ensino médio.

O regime de trabalho variou entre 20 a 40 horas semanais, sendo que destes 23 são efetivos, 13 são contratados e 02 são celetistas.

Em relação a participação em cursos de atualização na área de urgência e emergência, 29 informaram ter participado, enquanto que 09 disseram que não realizaram nenhum tipo de curso.

4.5.2 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período entre fevereiro a outubro de 2018, empregando-se a técnica de entrevista semiestruturada. Todas as entrevistas foram feitas pela pesquisadora responsável, sendo gravadas e posteriormente, transcritas na íntegra.

A entrevista é um instrumento que possibilita ao pesquisador obter informações contidas nas falas dos participantes e, segundo Minayo (2014), trata-se de uma conversa com propósitos bem definidos. Assim, optou-se pela entrevista semiestruturada, pois como afirma Minayo (2014) esta técnica de trabalho de campo, permite a obtenção de dados de natureza objetiva e subjetiva, sem se prender a uma indagação pré-formulada.

Com isso, foram feitas entrevistas com os profissionais de saúde e gestores, para tanto, foram elaborados roteiros específicos para cada grupo pesquisado (APÊNDICES E e F) contendo os dados sociodemográficos e questões norteadoras, estas descritas abaixo. Tais questões visaram avaliar indicadores de estrutura, processo e resultados.

Questões norteadoras das entrevistas com os profissionais de saúde:

- Em sua opinião o que significa assistência de qualidade, oferecida aos usuários do SUS, no âmbito da urgência e emergência?
- Como o (a) senhor (a) avalia a **qualidade da estrutura** (recursos físicos, financeiros, instrumentos, organização, equipamentos, capacitação dos profissionais), **do processo** (a produção do cuidado propriamente dita, ou seja, a busca pelo diagnóstico, a terapêutica empregada, a relação estabelecida entre profissionais e usuários) e **dos resultados** (produto final da assistência) no componente da RUE em que você trabalha?
- Qual (is) a dificuldade(s) e a (s) facilidade(s) em prestar assistência no componente/serviço da RUE em que você trabalha?

Questões norteadoras das entrevistas com os gestores em saúde:

- Como está organizada a RUE de Jequié/BA?
- Existe integração dos componentes/serviços que compõe a RUE de Jequié/BA? Justifique.
- Em sua opinião o que é qualidade em saúde, na perspectiva da gestão?
- Como o (a) senhor (a) avalia a **qualidade da estrutura** (recursos físicos, financeiros, instrumentos, organização, equipamentos, capacitação dos profissionais), **do processo** (a produção do cuidado propriamente dita, ou seja, a busca pelo diagnóstico, a terapêutica empregada, a relação estabelecida entre profissionais e usuários) e **dos resultados** (produto final da assistência) no componente da RUE em que coordena?

- Qual (is) a dificuldade(s) e a (s) facilidade(s) em assumir o papel de gestor em um dos componentes RUE de Jequié/BA?

Além dos roteiros norteadores da entrevista, foi utilizado também o recurso de diário de campo. Neste, a pesquisadora anotou as informações que não estavam nos registros formais que foram os relatos dos participantes, mas as percepções da mesma em relação a comunicação não verbal a exemplo das atitudes gestuais expressas por eles durante a entrevista.

Foi adotada a verificação da compreensão do roteiro semiestruturado por meio do pré-teste. Segundo Minayo (2014) esta técnica consiste na realização de entrevistas com alguns participantes, o que contribui para a avaliação do instrumento de modo a torná-lo mais claro e preciso.

Desse modo, o pré-teste foi realizado em um dos componentes da RUE, com três profissionais de saúde de categorias distintas. Com a realização das entrevistas foi possível perceber que não houve necessidade de modificações no roteiro semiestruturado, tendo em vistas que os participantes compreenderam as questões sem dificuldades.

4.5.3 Análise dos dados

As entrevistas foram analisadas seguindo a análise temática, que segundo Minayo (2014) consiste na operacionalização de três etapas que possibilita a compreensão do fenômeno em estudo:

1) Pré-análise: Baseia-se na seleção dos documentos a serem analisados a partir do resgate do problema e dos objetivos da pesquisa. O pesquisador questiona-se sobre as relações identificadas durante a coleta de dados e pode formular indicadores que orientem as demais fases esta etapa é dividida em:

- Leitura Flutuante dos materiais apreendidos. Neste momento o pesquisador busca a impregnação com os materiais do estudo. Esta etapa foi realizada após a impressão de todo o material gerado pela transcrições para leitura.

- Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos: regatar a fase exploratória da pesquisa através da leitura exaustiva dos materiais apreendidos na coleta das informações a partir do problema de pesquisa.

- 2) Exploração do material: nesta etapa o pesquisador busca, por meio de leitura exaustiva, encontrar as categorias temáticas que organizarão as informações classificadas e categorizadas por semelhança de sentido.
- 3) Tratamento dos resultados obtidos: após elencar as categorias temáticas, fez-se inferências, interpretações e reflexões a partir das inter-relações com os pressupostos teóricos norteadores do estudo.

Após concluída a codificação e categorização, a pesquisadora conseguiu visualizar somente os dados de cada categoria temática preocupando-se em reconhecer os temas e subtemas que estiveram latentes para a descrição do fenômeno em investigação. Nesta etapa foi fundamental a descrição minuciosa do objeto de estudo e a discussão dos achados frente ao exposto na literatura científica.

5 RESULTADOS

Os resultados desse estudo serão apresentados em forma de três manuscritos científicos que visam contemplar os objetivos propostos. Os manuscritos foram elaborados de acordo com as instruções para autores dos periódicos selecionados para a submissão, sendo eles:

Manuscrito 1: **Avaliação da qualidade da assistência em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências** – Elaborado conforme as instruções para autores do periódico *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Acesso em março de 2019.

Manuscrito 2: **Avaliação da qualidade da assistência em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: percepção de profissionais de saúde e gestores** – Elaborado conforme as instruções para autores do periódico *Publish with plos one*. Acesso em março de 2019.

Manuscrito 3: **Dificuldades e facilidades vivenciadas na Rede de Atenção às Urgências e Emergências sob a ótica de profissionais e gestores** – Elaborado conforme as instruções para autores do periódico *Revista Saúde e sociedade*. Acesso em março de 2019.

**Avaliação da qualidade da assistência em componentes da rede de atenção às
urgências e emergências***

Tatiane Oliveira de Souza Constâncio¹

Adriana Alves Nery²

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade da assistência à saúde em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, sob a óptica dos usuários nas dimensões de estrutura, processo e resultado. Método: estudo transversal, realizado em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município brasileiro. Os dados foram coletados por meio de dois formulários: o primeiro contendo os dados sociodemográficos e o segundo, o formulário adaptado do questionário elaborado e validado por Moraes (2009). Para as variáveis sociodemográficas utilizou-se a análise descritiva, para comparar as dimensões da qualidade, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis com Post Hoc de Bonferroni. Resultados: participaram do estudo 325 usuários de componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, sendo a maioria do sexo masculino (66,8%), adultos (81,2%), com idade média de 42,4 anos. Quanto à classificação de risco

*Artigo extraído da tese de doutorado intitulada “Avaliação da qualidade da assistência à saúde na rede de atenção às urgências e emergências”, apresentada à Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil.

²Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Jequié, BA, Brasil.

²Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde II, Jequié, BA, Brasil.

houve predominância de pacientes atendidos por urgência relativa (42,6%), estando a maioria em observação (59,1%). A comparação das dimensões de estrutura, processo e resultado, de acordo com a estratificação dos componentes, obteve significância estatística em todas as dimensões ($p < 0,05$). Conclusão: o pronto-socorro, dentre os componentes investigados, foi apontado como o serviço que apresentou a melhor qualidade para todas as dimensões avaliadas.

Descritores: Avaliação de serviços de saúde; Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde); Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Regionalização.

Keywords: Evaluation of health services; Process Assessment (Health Care); Evaluation of Results (Health Care); Quality, Access and Evaluation of Health Care; Regionalization.

Palabras clave: Evaluación de los servicios de salud; Evaluación de Procesos (Atención de Salud); Evaluación de Resultados (Atención de Salud); Calidad, acceso y evaluación de la asistencia sanitaria; Regionalización.

Introdução

A atual configuração do sistema de saúde brasileiro propõe que sua organização se faça por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS), essa necessidade surge da inadequação dos modelos de atenção à saúde vigentes, frente a um cenário de mudanças significativas e singulares no que se refere à transição demográfica e à complexa situação epidemiológica no país⁽¹⁻²⁾.

Assim, o Brasil define a configuração em rede com o objetivo de construir sistemas integrados de saúde já conhecidos em outros países e por distintas organizações

internacionais, como: redes integradas de serviços, redes regionalizadas, serviços integrados, cuidado integrado etc⁽³⁾.

A RAS revela-se como uma alternativa para alcançar a consolidação de sistemas de saúde integrados, capazes de proporcionar a continuidade da assistência, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes⁽⁴⁾. Além disso, prevê a operação dos serviços de forma contínua e proativa, capaz de responder às atuais demandas da população com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade⁽¹⁾.

Nesse contexto, a partir da vigência da Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde, por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), vem sendo elaboradas redes temáticas prioritárias⁽⁵⁾. Dentre elas, destaca-se, para fins deste estudo, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Essa Rede instituída a partir da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.600/2011 passou a priorizar a integração entre os componentes da atenção às urgências, bem como a garantir os investimentos e recursos necessários para minimizar a fragmentação entre os componentes⁽⁶⁾.

Cabe ressaltar, entretanto, que no sistema de saúde brasileiro há pouca conexão entre os serviços, tendo em vista que os estudos demonstram dificuldades de articulação e distorções do sistema vigente^(1,7-8). Mediante esse problema, a avaliação dos serviços de saúde é compreendida como parte essencial no planejamento e na gestão do sistema de saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾, considerando que a fragmentação pode ter implicações na qualidade da assistência à saúde.

Assim, incorporar a avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde tem sido aconselhado, visto ser essa um dos principais instrumentos para a melhoria da qualidade, resolutividade e capacidade de responder as necessidades em saúde da população⁽¹⁰⁾. Avaliação é definida como “um julgamento de valor a respeito de uma

intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão"^(11:31).

Nessa perspectiva a avaliação vem ocupando uma centralidade na organização⁽¹²⁻¹³⁾ e tem assumido variados desenhos, com vistas a se adequar ao escopo da intervenção ou da racionalidade científica que se almeja investigar⁽¹²⁾. Um tipo de avaliação que tem crescido entre os serviços de saúde é aquela que avalia a qualidade dos programas e serviços⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, é importante mencionar que o entendimento de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, que tem como característica principal o estabelecimento de um juízo, isto é, a atribuição de um valor a alguma coisa⁽¹⁵⁾.

Assim sendo, para a concretização deste estudo, adotou-se a compreensão de Donabedian⁽¹⁶⁾ quando assumiu pesquisar a qualidade da assistência não de modo implícito, mas como prática central em que essa se constitui como ponto de partida para todo o processo.

A qualidade da assistência à saúde é conceituada como o alcance de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o usuário. Esses benefícios definem-se em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes⁽¹⁶⁾. Essa definição deixa implícita a ideia de que não se constitui num atributo abstrato, mas que é construída por meio da avaliação assistencial que abrange a análise da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados dos benefícios⁽¹⁷⁾. Desse modo, estabeleceu-se um modelo avaliativo em saúde pautado em componentes de estrutura, de processo e de resultado⁽¹⁷⁾.

Por compreender a complexidade da assistência à saúde com qualidade aos usuários de uma RUE, entende-se como relevante avaliar a qualidade do atendimento nos componentes dessa rede, especialmente, sob a óptica dos usuários, uma vez que são sujeitos imprescindíveis para esse tipo de avaliação. Além disso, os resultados deste

estudo poderão contribuir como ferramenta para a tomada de decisão com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência no âmbito dessa RUE.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência à saúde em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, sob a óptica dos usuários nas dimensões de estrutura, processo e resultado.

Materiais e Método

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de caráter transversal, realizado em componentes da RUE da cidade de Jequié/BA, localizada na macrorregião Sul da Bahia, sendo esse município referência dentro de sua região de saúde. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a outubro de 2018.

Os componentes da RUE de Jequié/BA inclusos nesse estudo foram: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e o hospital estratégico da rede – o Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), no âmbito do Pronto-socorro (incluindo os setores observação geral, sala de trauma e emergência pediátrica), sala de estabilização e Unidade de Terapia Intensiva-adulto (UTI-adulto).

Nesses componentes foram avaliados os indicadores de estrutura, processo e resultados, construídos através do referencial teórico de Donabedian⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Foram inclusos na pesquisa pacientes residentes no município de Jequié/BA que se encontravam internados ou em observação no pronto-socorro do HGPV há pelo menos 02 horas ou estavam sendo atendidos em um dos demais componentes da RUE que fizeram parte deste estudo, bem como aqueles que aceitaram participar, livremente, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi permitida a participação de acompanhantes para todos os serviços, nos casos de usuários em condições clínicas desfavoráveis para responder ao formulário, assim como o responsável legal de menores de 18 anos. É importante esclarecer que foi feito o convite ao acompanhante ou responsável legal que passava maior tempo junto ao paciente e auxiliava o cuidado prestado pela equipe de saúde.

No que diz respeito aos pacientes internados na sala de estabilização e UTI-adulto, foi necessário aguardar sua transferência para as outras clínicas do HGPV – neurológica, médica ou cirúrgica. Esses pacientes foram rastreados pela pesquisadora responsável, a fim de seguir o fluxo percorrido por esses usuários, a partir de sua transferência interna, sendo, então, abordados no novo setor.

Salienta-se que para a avaliação do SAMU, o critério de horário mínimo não se enquadrou, visto que ao ser convidado para participar da pesquisa no pronto-socorro, o usuário já havia sido assistido pela equipe do SAMU, portanto, já teria condições de realizar sua avaliação. Contudo, ficou estabelecido para esse serviço, o tempo máximo de 02 horas após ter sido atendido na ambulância, a fim de evitar o viés de memória. Com relação aos pacientes excluídos do estudo, foram aqueles que estavam desacordados na ocasião do atendimento e seu acompanhante não identificado ou não localizado.

Quanto aos usuários do componente SAD, foram abordados em suas residências, sendo estabelecidas 03 tentativas de localização do participante e demais critérios de inclusão já mencionados.

Foram excluídos todos os usuários, acompanhantes ou responsável legal que não atenderam aos critérios de inclusão e/ou não aceitaram participar da pesquisa. E, no caso específico do componente SAD, houve perdas devido à ocorrência de óbito, ao número de tentativas esgotadas ou ao endereço não localizado.

A amostra para este estudo foi definida a partir de um universo total de 20.684 usuários atendidos nos componentes da RUE de Jequié/BA. Utilizando-se estratos aproximados para cada local do estudo e setor a ser investigado, foi calculado um tamanho amostral e acrescido de 10%, considerando-se as possíveis perdas amostrais.

Para calcular a amostra foi utilizado o *software* EPI-INFO versão 7.2.0.1 no módulo *Statcalc population survey*, e a frequência esperada de 50%, a margem de erro de 5%, o efeito do desenho 1,5, sem clusters.

O instrumento para coleta de dados foi constituído de dois formulários, o primeiro contendo os dados sociodemográficos dos usuários e o segundo, o formulário adaptado do questionário elaborado e validado por Moraes^(8,18) que constava de 33 proposições relacionadas às dimensões de estrutura (recursos humanos, materiais e físicos), processo (atividades desenvolvidas e relacionamento com os usuários) e resultados da assistência em componentes da RUE (resposta ao atendimento prestado). Essas proposições foram divididas em 20 de cunho positivo e 13 negativas, empregando-se a Escala de Likert, com cinco possibilidades de respostas, a saber: concordo totalmente, concordo parcialmente, indiferente, discordo parcialmente e discordo totalmente.

Anteriormente à coleta de dados, realizou-se o teste piloto com 29 participantes para verificar a aplicabilidade e adequabilidade dos instrumentos, especialmente, o formulário adaptado do questionário de Moraes^(8, 18). Assim, com os dados desse teste, foi feita a análise para a verificação da confiabilidade de coerência interna entre as questões, por meio do coeficiente alfa de Cronbach. Obteve-se o valor de alfa igual a 0,84, o que é considerado como sendo de alta confiabilidade, pois é maior que 0,7⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Todos os pesquisadores participaram de treinamento para consenso na coleta de dados.

Os dados coletados, oriundos dos formulários foram armazenados e organizados em planilhas do Programa *Microsoft Excel*, ano 2010 e, posteriormente, analisados no

programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS, versão 21.0).

As variáveis sociodemográficas foram avaliadas a partir da análise descritiva, com distribuição de frequência (absolutas e relativas), a fim de caracterizar os indivíduos do estudo. Quanto às variáveis contínuas foram apresentadas a mediana e intervalo interquartil, dada a não normalidade dos dados. Além disso, no intuito de comparar as dimensões da qualidade (i.e. processo, estrutura, resultado) nos diferentes componentes da RUE, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis com Post Hoc de Bonferroni.

Este estudo faz parte de uma Tese de Doutorado, que teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 80933517.3.0000.0055 e parecer n.º 2.489.602/2018.

Resultados

Participaram deste estudo 325 usuários assistidos na RUE de Jequié/BA, distribuídos nos componentes: Pronto-socorro (n=243; 74,7%), UTI (n= 22; 6,8%) e sala de estabilização (n= 22; 6,8%) e SAD (n= 10; 3,1%) no âmbito do hospital estratégico - o HGPV e SAMU (n=28; 8,6%). Os participantes, em sua maioria, eram do sexo masculino (n=217; 66,8%), adultos (n=264; 81,2%), sendo a idade média de 42,4 anos, mínima de 18 e máxima de 93 anos. De acordo com o protocolo de avaliação e classificação de risco *Manchester Triage System* (adaptado para o Estado da Bahia), houve predominância de pacientes atendidos por urgência relativa (n=139; 42,6%), estando, a maioria, em observação (n=192; 59,1%). Quanto à variável encaminhamento

(n=242; 74,5%), houve uma predominância de usuários que procuraram o serviço de saúde por conta própria (n=231; 70,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e perfil dos atendimentos de usuários em componentes da RUE (n=325). Jequié, BA, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	217	66,8
Feminino	108	33,2
Faixa etária (anos)		
≤ 19	12	3,7
20 a 59	264	81,2
≥ 60	49	15,1
Componente da RUE		
Pronto-socorro	243	74,7
Unidade de Terapia Intensiva	22	6,8
Sala de Estabilização	22	6,8
Serviço de Atenção Domiciliar	10	3,1
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	28	8,6
Classificação de risco		
Emergência	60	18,4
Urgência maior	97	29,8
Urgência relativa	139	42,6
Ambulatório	6	1,8
Sem informação	23	7,4
Serviço que encaminhou		
Unidade de Pronto Atendimento	32	9,8
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	28	8,6
Unidades privadas	12	3,7
Atenção básica	9	2,9
Outros	4	1,2
Por conta própria/demanda espontânea	231	70,9
Sem informação	09	2,9
Observação/internado		
Observação	192	59,1
Internado	133	40,9

A Figura 1 apresenta as dimensões de estrutura(a), processo(b) e resultado(c) da avaliação da qualidade em componentes da RUE do município de Jequié/BA. Nota-se a

partir da inspeção visual dos itens (a), (b) e (c), que o componente 1 (pronto-socorro) apresentou a maior mediana na totalidade das dimensões avaliadas, enquanto o componente 4 (SAD) apresentou a menor. Para os itens (a) e (b) a menor mediana foi apresentada pelo componente 4 (SAD); já para o item (c), foi o componente 3 (sala de estabilização).

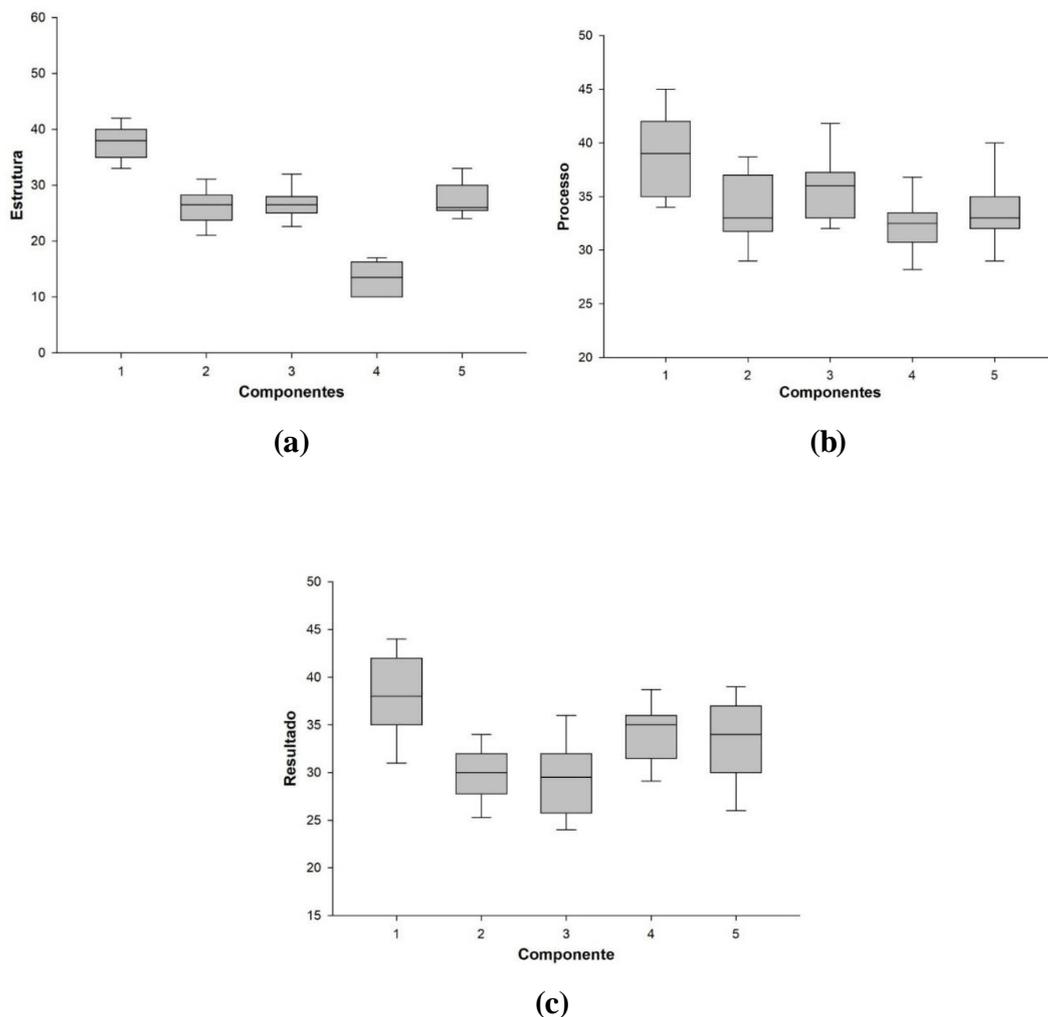


Figura 1 – Comparação das dimensões (i.e. estrutura, processo, resultado) estratificada pelos componentes de atendimento na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (1. Pronto-socorro, 2.Unidade de Terapia Intensiva, 3. Sala de estabilização, 4. Serviço de Atenção Domiciliar, 5. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência). Jequié, BA, Brasil, 2018.

Na Tabela 2, apresenta-se a comparação das dimensões de estrutura, processo e resultado, de acordo com a estratificação de componentes da RUE de Jequié/BA, obtendo-se significância estatística em todas as dimensões ($p < 0,05$).

Tabela 2 – Comparação das dimensões da qualidade da assistência (i.e. estrutura, processo e resultado) estratificadas pelos serviços/componentes de atendimento na Rede de Urgência e Emergência. Jequié, BA, Brasil, 2018.

	Componentes*	Mediana	IIQ**	P
Estrutura	Pronto-socorro	38,0	35,0-40,0	p<0,05
	Unidade de Terapia Intensiva ^{1,3}	26,5	24,0-28,0	
	Sala de estabilização ^{1,3}	26,5	25,0-28,0	
	Serviço de Atenção Domiciliar	13,5	10,0-16,0	
	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ^{1,4}	26,0	25,5-30,0	
	Processo	Pronto-socorro	39,0	
Unidade de Terapia Intensiva ¹		33,0	32,0-37,0	
Sala de estabilização ¹		36,0	33,0-37,0	
Serviço de Atenção Domiciliar ¹		32,5	31,0-33,0	
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ¹		33,0	32,0-35,0	
Resultado		Pronto-socorro ^{1,2,4}	38,0	35,0-42,0
	Unidade de Terapia Intensiva ¹	30,0	28,0-32,0	
	Sala de estabilização ^{1,4}	29,5	26,0-32,0	
	Serviço de Atenção Domiciliar	35,0	32,0-36,0	
	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ^{1,3}	34,0	30,0-36,5	

* Post Hoc de Bonferroni. ¹Estatisticamente diferente do setor Pronto-socorro; ^{1,2,4}Estatisticamente diferente dos setores Pronto-socorro, Sala de estabilização e Serviço de Atenção Domiciliar; ^{1,3}Estatisticamente diferente dos setores Pronto-socorro e Sala de Estabilização; ^{1,4}Estatisticamente diferente dos setores Pronto-socorro e Serviço de Atenção Domiciliar; **IIQ – Intervalo interquartil

Discussão

Neste estudo, a procura por atendimentos de urgência e emergência dentre os componentes da RUE de Jequié/BA, possibilitou constatar um perfil,

predominantemente, de indivíduos do sexo masculino e adultos que procuraram o serviço, espontaneamente, e que foram qualificados segundo o protocolo de avaliação e classificação de risco como urgência relativa, sendo que os indivíduos assistidos encontravam-se em observação.

Os achados deste estudo são compatíveis com a pesquisa realizada em um hospital público que é considerado um Centro de Referência Regional para o SUS, situado no município de Londrina/PR, sendo sede da 17ª Regional de Saúde que abrange 20 cidades⁽²¹⁻²²⁾. Um fator que chama a atenção é a predominância do sexo masculino, uma vez que, de modo geral, outros estudos apontam que as mulheres buscam mais os serviços de saúde em setores emergenciais do que os homens⁽²²⁻²⁴⁾.

A avaliação da qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS no âmbito da RUE não é comum, sendo, geralmente, os serviços avaliados separadamente. Neste estudo, as avaliações foram analisadas em conjunto, de acordo com o tipo de serviço realizado e foi encontrada diferença significativa em todas as dimensões da tríade: estrutura-processo-resultado. Essa tríade proposta por Donabedian,⁽²⁵⁾ tem o objetivo de orientar a avaliação da qualidade do atendimento. Nessa perspectiva, o autor salienta que a qualidade deve ser perseguida por ações sistematizadas do cuidado, por meio de indicadores que comprovem sua evolução ao longo do tempo⁽²⁵⁾.

Sendo assim, dentre os serviços avaliados no âmbito da RUE de Jequié/BA, os resultados apontaram que – segundo a visão dos usuários – o pronto-socorro do HGPV foi o componente que se revelou como o de melhor qualidade para os três alvos potenciais da avaliação dos serviços de saúde: estrutura, processo e resultado.

Para a avaliação da dimensão de estrutura, foram considerados os recursos físicos, os humanos, os materiais, os financeiros, a composição organizacional dos componentes e a disponibilidade de profissionais qualificados; já na dimensão de processo que

corresponde à assistência, propriamente dita, foram avaliadas as atividades, os bens e os serviços prestados, isto é, essa dimensão faz referência àquelas atividades que envolvem os profissionais de saúde e os usuários e, por fim, avaliou-se a dimensão de resultado que corresponde ao produto final da assistência prestada⁽²⁶⁾.

Um dos fatores que pode ter evidenciado esses achados, diz respeito à classificação de risco, considerando que a maior frequência apresentada foi aquela em que os participantes foram classificados como casos de urgência relativa. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos⁽²¹⁻²²⁾.

Cabe esclarecer que essa classificação foi feita pelos profissionais enfermeiros(a) do HGPV que trabalham no setor de acolhimento e classificação de risco (ACCR), a partir de um protocolo próprio do Estado da Bahia⁽²⁷⁾, elaborado, considerando o perfil epidemiológico do Estado, através de uma adaptação do Sistema de Triagem Manchester⁽²⁸⁾.

A urgência relativa configura-se como a prioridade clínica IV, sendo o nível de gravidade “pouco urgente”, é representada pela cor verde e o atendimento deve ocorrer em até 02 horas após a classificação ⁽²⁷⁾.

Apresentar uma predominância de casos com urgência relativa, sendo atendidos nos setores de observação da RUE, pode ser um indicativo de um problema antigo e cultural, uma vez que esse tipo de demanda deve ser resolvida ainda no nível primário⁽²⁹⁾. Essa problemática pode estar associada à ênfase que o usuário dá à cura e não à promoção da saúde, isso demonstra que o modelo hospitalocêntrico ainda se mantém⁽²⁴⁾. Há a necessidade de uma reeducação da população acerca do conceito de atenção básica e atendimento emergencial⁽²⁹⁾, tendo em vista que os cuidados primários e a prevenção de agravos que poderiam ser assistidos em outros serviços no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) continuam sendo, espontaneamente, atendidos nas RUE's.

Segundo o processo de regionalização do SUS, a atenção básica deve ser o seu eixo, sendo, portanto, a principal porta de entrada ao sistema de saúde⁽³⁰⁻³¹⁾ e deve estar integrada aos componentes da média e alta complexidade.

Compete para a atenção primária, intervir na “promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde”^(32:16). A média complexidade corresponde à prática clínica que necessita de ações em saúde disponibilizadas por profissionais especializados que utilizam recursos tecnológicos para o apoio de diagnóstico e de tratamento⁽³⁰⁾. A alta complexidade compreende o conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo⁽³⁰⁾. Depreende-se que, a partir desta integração efetiva no cotidiano dos serviços de saúde, haverá melhor resolutividade e qualidade para a saúde da população.

Os resultados deste estudo demonstram que a maioria dos participantes afirmou ter procurado o serviço de urgência/emergência por conta própria, logo, não houve encaminhamento de nenhum serviço de saúde, sendo, portanto, uma opção do indivíduo. Desse modo, o fato do pronto-socorro ter tido uma melhor avaliação por parte dos usuários, pode estar atrelada as suas demandas não emergenciais terem tido uma rápida resolutividade. No entanto, a escolha feita pelos usuários ao procurar o pronto-socorro, faz com que persista a realidade da superlotação desses espaços em hospitais públicos⁽²⁴⁾.

Os serviços de urgência/emergência são aqueles mais procurados pelos indivíduos para atendimento de seu processo saúde/doença. Assim, com a agudização de doenças já instaladas, o usuário busca o atendimento nos níveis secundários e/ou terciários⁽²³⁾. Por vezes, isso pode acontecer devido à possibilidade de maior resolubilidade de suas necessidades em saúde, haja vista que os usuários apontam o acesso fácil e garantido, a assistência e a tecnologia de alta complexidade, procedimentos de alto custo, internações^(23,33) e o funcionamento da atenção primária em horário comercial⁽³⁴⁾, como

fatores que predisõem suas opções pelos serviços de urgência/emergência.

Paralelo a isso, outros fatores como o aumento da violência urbana, a maior incidência dos agravos por causas externas e o envelhecimento populacional que influencia no aumento da prevalência de doenças crônicas degenerativas têm contribuído para a gênese do fenômeno mundial da superlotação nos serviços de emergência hospitalar⁽²⁴⁾.

A fragilidade do sistema de referência e contrarreferência é apontada, em outros estudos, como um fator determinante do quantitativo elevado desses atendimentos^(29,36). Na realidade, as altas demandas que ocorrem no dia a dia das unidades de urgência/emergência, poderiam ser evitadas caso as metas de universalidade, igualdade e descentralização do acesso à atenção e à saúde fossem alcançadas⁽²⁹⁾.

Outra hipótese que pode ser levantada, diz respeito ao tempo de permanência hospitalar que tem sido, comumente, utilizado como um indicador de eficiência hospitalar, relacionado com a qualidade do cuidado prestado. Entretanto, é ainda uma obscura relação, tendo em vista que a permanência na unidade pode ser necessária devido ao estado de saúde do paciente ou mesmo, a liberação prematura pode implicar em complicações posteriores⁽³⁵⁾.

No presente estudo, o tempo de permanência no pronto-socorro pode ser levantado também como um fator que contribuiu para a avaliação positiva desse componente, quando comparado aos demais. Uma pesquisa realizada em uma unidade de emergência, na cidade de Fortaleza-CE, apontou que o tempo de espera foi breve após a chegada à unidade hospitalar, já que 56% das pessoas foram atendidas em até uma hora e, dessas, 16,4% foram atendidas, imediatamente, após a chegada ao serviço⁽³⁶⁾. Assim, o fator tempo de permanência, associado à acessibilidade, ao desejo de resolubilidade e à agilidade em resolver suas demandas, mesmo tendo, por vezes, apenas um atendimento

emergencial, em que não há uma continuidade da assistência, pode ter contribuído com os resultados deste estudo.

Em contrapartida, os usuários internados em UTI, geralmente, trata-se de casos mais complexos, com prognósticos complicados e que permanecem mais tempo na unidade hospitalar. Em um estudo realizado em UTI adultas, na cidade de Anápolis-GO, foi calculado que o tempo de permanência neste setor varia entre 1 a 207 dias⁽³⁷⁾. Sendo assim, uma maior permanência no setor da UTI pode ter contribuído para uma avaliação mais criteriosa do serviço.

Há de se considerar, ainda, que a dinâmica de trabalho dos profissionais de saúde em unidade de pronto-socorro é mais ágil do que aquela que envolve pacientes em outros setores do ambiente hospitalar. Geralmente, nos ambientes hospitalares existe uma rotina pré-estabelecida. Isso pode ter levado os usuários a terem uma percepção de que os profissionais de saúde nos setores emergenciais, apesar da sobrecarga de trabalho⁽³⁸⁾, conseguem dá resolutividade às suas demandas. Corroborando com este estudo, uma pesquisa realizada apenas com enfermeiros, a fim de propor o perfil de competência desses profissionais em emergência, evidenciou que há três principais estratégias desenvolvidas durante a execução de seu processo de trabalho: excelência operacional, foco nos clientes e entrega de cuidados agregadores de valor ao negócio, ao profissional e ao próprio cliente⁽³⁹⁾.

Outro fator relevante que pode ter contribuído para os resultados deste estudo, pode estar vinculado ao fato do HGPV ser o único hospital público que atende ao município de Jequié/BA. Dessa forma, os usuários não possuem outra referência hospitalar, apenas uma Unidade de Pronto Atendimento que passou a funcionar há aproximadamente 1 ano e 06 meses. Assim, mesmo com algumas queixas relacionadas à qualidade do atendimento, os usuários veem-se contemplados com a assistência recebida

no pronto-socorro do referido hospital.

Conforme percepção da discussão delineada, nas buscas realizadas na literatura, não foram encontrados estudos semelhantes que tivessem o objetivo de avaliar a qualidade do atendimento em componentes de uma RUE, fazendo com que as autoras deste estudo, por vezes, apresentassem esses resultados relacionando-os a componentes isolados, além de conhecimentos teóricos, práticos e vivências profissionais.

Destarte, a proposta visou fornecer uma perspectiva diferente da até então estudada sobre a temática qualidade do atendimento de componentes de uma RUE, com a intenção de ser abrangente e integrativa. Dessa forma, o estudo expôs um perfil dos usuários atendidos em componentes da RUE de Jequié/BA, bem como avaliou a qualidade dos serviços de saúde, por meio das dimensões de estrutura, processo e resultado.

Embora desenvolvido em um contexto específico, o que se configura como uma limitação do estudo, este avança na construção do conhecimento ao trazer para análise as lacunas acerca da avaliação da qualidade na assistência à saúde no âmbito de uma RUE.

Cabe mencionar, por fim, que novos estudos relacionados à avaliação da qualidade da assistência em outras RUE's são necessários, a fim de identificar outros fatores essenciais para uma assistência e gestão de qualidade, no âmbito da urgência e emergência. Sugere-se a realização da inclusão da abordagem qualitativa para estudos com essa temática e perfil de participantes, tendo em vista que possibilita incluir questões subjetivas, o que, talvez, contribua para desvelar o subjetivo presente no fenômeno estudado.

Conclusões

No presente estudo observou-se que o pronto-socorro foi avaliado pelos usuários como o componente com melhor estrutura, processo e resultado, no âmbito da RUE de Jequié/BA.

Esses achados sugerem a melhor acessibilidade à RAS, por meio do pronto-socorro, tendo em vista que nesse componente os usuários podem ter maior possibilidade de resolução de suas necessidades em saúde, sejam pontuais, urgentes ou emergenciais.

Referências

1. Mendes EV. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2015.
3. Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, De Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1791-98. doi:10.1590/1413-81232018236.05502018.
4. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011; 20(4): 867-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, 2010.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, 2011.

7. Lamothe L, Sylvain C, Sit V. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. *Sante Publique* 2015; 27(Supl. 1):129-135.
8. Morais AS, Melleiro MM. The quality of nursing care at an emergency unit: the patient's perception. *Rev. Eletr. Enf.* 2013; 15(1):112-20.
<https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.15243>.
9. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(3):427-432.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400008>.
10. Tanaka OU, Tamaki E. M The role of evaluation in decision-making in the management of health services. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(4):821-28.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.
11. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZAM. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas.* Rio de Janeiro, Fiocruz; 1997. p. 29-47.
12. Bosi MLM, Uchimura KY. Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care? *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(1):150-3, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000100020>.
13. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (org). *Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais.* Rio de Janeiro, MedBook, 2010; p. 1-13.
14. Frias PG, Costa JMBS, FIGUEIRÓ AC, Mendes MFM, Vidal SA. Atributos da qualidade em Saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (org). *Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais.* Rio de Janeiro, MedBook, 2010; p. 43-55.

15. Novaes HMD. Evaluation of health programs, services and Technologies. Rev Saúde Pública. 2000; 34(5):547-59. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000500018>.
16. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260(12):1743-8. PubMed PMID: 3045356.
17. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J. (Org.). Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, (DC): OPAS. 282-404, 1992.
18. Morais AS. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência de adultos: a percepção do usuário [Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
19. Pilatti LA, Pedroso B, Gutierrez Gustavo Luis. Psychometric properties of measurement instruments: a necessary debate. Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia. 2010; 6(1):81-91. 10.3895/S1982-873X2010000100005
20. Nunnally JC, Bernstein IH. The Assessment of Reliability. Psychometric Theory. 1994;3, 248-292.
21. Feijó VBER, Cordoni Junior L, Souza RKT, Dias AO. Analysis of the demand in urgency with risk classification. Saúde debate [online]. 2015; 39(106):627-36. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151060003005>.
22. Viveiros WL, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Oliveira GN, Batista REA. Pain in emergency units: correlation with risk classification categories. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2018; (26):e3070. DOI: 10.1590/1518-8345.2415.3070
23. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(3):427-432. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400008>

24. Lima CDA, Santos BTP, Andrade DLB, Barbosa FA, Costa FM, Carneiro JA. Quality of emergency rooms and urgent care services: user satisfaction. *Einstein*. 2015, 19 (4): 587-93, doi: 10.1590/S1679-45082015GS3347
25. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor (MI): Health Administration Press*, 1980.
26. Donabedian A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. *Michigan: Health Administration Press*, 1985.
27. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Protocolo estadual de classificação de risco. Salvador; 2014. Disponível em:
http://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2017/06/protocolo_classificacaoderisco_jun_2017.pdf
28. Franco B, Busin L, Chianca TCM, Moraes VM, Pires AUB, Lucena AF. Association between Manchester Triage System discriminators and nursing diagnoses. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39:e2017-0131. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0131>
29. Silva BA, Oliveira AM, Rossetto EG; Zani AV. Demand characterization and looking for a children's emergency care: opinion of parents and legal guardians. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2014; 36(1):33-42.
<http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1Suplp33>.
30. Ministério da Saúde (BR). O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, DF; 2009.
31. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 30 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DF, 2011.

32. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília, DF; 2007.
33. Inoue KC, Bellucci Júnior JA, Papa MAF, Vidor RC, Matsuda LM. Evaluation of quality of Risk Classification in Emergency Services. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(5):420-25. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500071>
34. Mishimia SM, Campos AC, Matumoto S, Fortuna CM. Client satisfaction from the perspective of responsiveness: strategy for analysis of universal systems? *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016; 24(e:2674):1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1089.2674>
35. Silva AMN, Souza EFD, Barbosa TLA, Silva CSO, Gomes LMX. Factors that contribute to prolonged length of stay in the hospital environment. *J. res.: fundam. care. online* 2014; 6(4):1590-1600. [10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1590-1600](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1590-1600)
36. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Embracement in an emergency service: users' perception. *Rev. Bras. Enferm.* 2013; 66(1): 31-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100005>
37. Castro RR, Barbosa NB, Alves T, Najberg E. Profile of hospitalization in intensive care units for adults in anapolis, Goiás – 2012. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde.* 2016; 5(2). 2016 <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v5i2.243>
38. Souza JD, Pessoa Júnior JM, Francisco Arnaldo Nunes de Miranda. Stress in an emergency room and the challenges for Brazilian and Portuguese nurses. 2017; *Rev. Enf. Ref.* IV(12). <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16064>
39. Holanda FL, Marra CC, Cunha IC. Professional competency profile of nurses working in emergency services. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(4):308-14. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500053>

Autora correspondente: Tatiane Oliveira de Souza Constâncio

E-mail: tatiane2101@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6811-1506>

Avaliação da qualidade da assistência na rede de atenção às urgências e emergências: percepção de profissionais de saúde e gestores

Tatiane Oliveira de Souza Constâncio^{1±*} Adriana Alves Nery^{2±}

1Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, Brasil, 2Departamento de Saúde II, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, Brasil

± As autoras contribuíram para este trabalho.

*tatiane2101@gmail.com

RESUMO

Objetivo

Compreender a percepção de profissionais de saúde e gestores sobre a qualidade da assistência prestada em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) de um município-polo no interior da Bahia, nas dimensões de estrutura, processo e resultado.

Metodologia

Estudo de natureza qualitativa, realizado em componentes da RUE de um município-polo no interior da Bahia. Participaram do estudo 06 gestores e 38 profissionais de saúde de nível técnico e/ou superior. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a outubro de 2018, sendo utilizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado que constou de questões relativas à caracterização sociodemográfica e da avaliação da qualidade da assistência à saúde, nas dimensões da estrutura-processo-resultado, construídos através do referencial teórico de Donabedian. A análise dos dados foi feita de acordo com a análise de conteúdo na modalidade temática.

Resultados

Os resultados provenientes da análise temática possibilitaram a avaliação da qualidade da assistência à saúde, nas três dimensões investigadas. Na dimensão de estrutura, a infraestrutura foi avaliada como sendo ruim ou não adequada; foi apontada a falta de medicamentos, materiais e insumos; houve divergência quanto a ausência de equipamentos e a realização de capacitações. A dimensão de processo foi avaliada de modo positivo, entretanto, foi revelado o retorno de usuários aos serviços após o primeiro atendimento, devido complicações ortopédicas; a falta de continuidade do cuidado e a superlotação dos serviços de urgência/emergência. A dimensão de resultado foi avaliada de modo divergente sendo qualificada como excelente até defasada, os resultados positivos se deve, na maioria das vezes, ao esforço dos profissionais.

Conclusão

Foi possível compreender que a percepção de profissionais de saúde e gestores apresentam elementos convergentes e divergentes no que tange a qualidade da assistência prestada em componentes da RUE, sendo apontada a necessidade de mudanças nas dimensões da tríade Donabediana.

Descritores: Avaliação em Saúde; Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Cuidados de Assistência à Saúde; Serviços Médicos de Emergência.

Introdução

A avaliação é uma atividade antiga, presente desde os primórdios na história da humanidade [1], sendo o interesse dos gestores pela avaliação da qualidade um fenômeno também antigo. Contudo, com o passar do tempo, o foco da avaliação e os meios de realizá-la, vem passando por mudanças [2].

O termo avaliar possui uma polissemia de conceitos, no entanto, todos convergem para o entendimento de que está relacionado ao julgamento de valor. Nessa medida, avaliar implica em medir as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados obtidos, realizando comparações entre as condições e as tecnologias previstas, com resultados e metas planejadas, a fim de emitir um juízo de valor [3]. O termo, ainda, pode ser definido como “um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” [1:31]. Assim, a avaliação em saúde é parte essencial do planejamento e da gestão, visto que busca a qualidade e a resolubilidade [4].

A avaliação tem sido incorporada à tomada de decisão na gestão de serviços de saúde, sendo um importante instrumento para a melhoria da qualidade e resolutividade da assistência à *saúde* [5]. Nesse contexto, percebe-se que a avaliação é de grande relevância para a Saúde Pública, uma vez que oportuniza escolhas de planejamento, permitindo um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade [6]. Assim, destaca-se que têm sido crescentes as avaliações em saúde, centrada na qualidade dos programas e serviços [7].

A qualidade é conceituada por Donabedian [8] como a aquisição de maiores benefícios, quando comparados a menores riscos para o usuário. Esses benefícios, dizem respeito à função do alcançável, segundo os recursos disponíveis e os valores. Além disso, o autor define qualidade como a satisfação das necessidades dos usuários, considerando que esses indivíduos precisam ser escutados tanto devido à avaliação sistemática das atitudes dos profissionais de saúde, quanto pelo impacto dos processos de tratamento que lhes são oferecidos.

O entendimento de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que sua característica principal é o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade [9]. O presente estudo adota a compreensão de Donabedian [9] quando assumiu pesquisar a qualidade da

assistência como ponto de partida para todo o processo, não mais de modo implícito, mas como prática central.

Nessa perspectiva, surge a proposta de avaliação da qualidade da assistência à saúde em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em um município-polo no interior da Bahia, tendo em vista que no setor da urgência/emergência, a avaliação em saúde se torna um instrumento essencial, considerando que os usuários necessitam de assistência qualificada, de uma resposta rápida, eficiente e eficaz [10,11], seja pelo quadro clínico ou, mesmo, pelo cansaço gerado no caminho percorrido nos vários níveis de atenção à saúde, sem resolutividade das suas necessidades de saúde [10,11].

Assim, por compreender a complexidade da temática da qualidade da assistência à saúde, vislumbra-se como relevante avaliar a qualidade da assistência à saúde em componentes de uma RUE, sob a óptica de profissionais de saúde e gestores, sobretudo, pelo fato de serem os sujeitos ativos no processo de assistir aos usuários, seja direta ou indiretamente. Além disso, os resultados deste estudo poderão contribuir como ferramenta para a tomada de decisão, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência no âmbito da RUE.

Outro fator motivador que incentivou o desenvolvimento deste estudo, diz respeito à lacuna existente na literatura, pois foram encontradas pesquisas que versam sobre a avaliação da qualidade da assistência. Contudo, estão restritos ao cuidado individual, estudo de serviços de saúde, especialmente Hospital ou Atenção Primária à Saúde [12-16]. Entretanto, a proposta, ora apresentada, é reconhecida como relevante, visto que se configura como objeto de estudo a avaliação da qualidade da assistência à saúde em componentes de uma RUE e, não somente, em serviços de saúde isolados.

Este estudo utilizou o referencial teórico de Donabedian, ao avaliar em componentes da RUE a tríade estrutura-processo-resultados, esta tem o objetivo de orientar a avaliação da qualidade do atendimento [17]. Nesse sentido, o autor enfatiza que a qualidade deve ser perseguida por ações sistematizadas do cuidado, por meio de indicadores que comprovem sua evolução ao longo do tempo [17].

Desse modo, o estudo objetivou compreender a percepção de profissionais de saúde e gestores sobre a qualidade da assistência prestada em componentes da RUE de um município-polo no interior da Bahia, nas dimensões de estrutura, processo e resultados.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, realizado em componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do município de Jequié/BA, localizado na macrorregião Sul do Estado da Bahia, sendo este município referência dentro da sua região de saúde.

Os componentes da RUE de Jequié/BA inclusos nesse estudo foram: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); o hospital estratégico da rede - o Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), no âmbito do Pronto-socorro (incluindo os setores observação geral, sala de trauma e emergência pediátrica), Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), sala de estabilização, Unidade de Terapia Intensiva-adulto (UTI-adulto) e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Participaram do estudo 06 gestores e 38 profissionais de saúde de nível técnico e/ou superior (técnico ou auxiliar em enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, médico e fonoaudiólogo), que prestavam assistência à saúde na referida RUE.

Os gestores foram selecionados, intencionalmente, por serem considerados representantes essenciais dos componentes da RUE de Jequié/BA. Os profissionais de saúde foram selecionados de modo aleatório, por meio de sorteio, seguindo a escala diária do plantão e obedecendo aos critérios de inclusão, como: estar em exercício de atividades assistenciais, tendo um tempo de experiência igual ou superior a seis meses, com jornada de trabalho de, ao menos, 20 horas semanais. Como critérios de exclusão, adotou-se: afastamentos prolongados (licença ou férias).

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado que constou de questões relativas à caracterização sociodemográfica dos participantes e da avaliação da qualidade da assistência à saúde, nas dimensões da tríade estrutura-processo-resultado, construídos através do referencial teórico de Donabedian [9,18]. Os roteiros das entrevistas foram distintos para os dois grupos de participantes.

A coleta de dados, foi realizada no período de fevereiro a outubro de 2018, sendo as entrevistas registradas em gravador mediante a autorização dos participantes. Com a finalidade de assegurar o anonimato, os profissionais foram identificados por meio da letra "P" de participante, seguida de um algarismo numérico e o nome do componente de atuação na RUE (Ex.:P-1/Pronto-socorro/HGPV). Os gestores foram nomeados também com a letra "P" e a sequência numérica, porém o componente em que trabalhava não foi identificado, utilizou-se apenas a palavra gestor (Ex.: P-1/Gestor).

As entrevistas foram realizadas nos setores HGPV e SAMU, visto que eram os locais em que os participantes seriam mais facilmente encontrados, tiveram duração média de 30 minutos e foram conduzidas pela pesquisadora responsável por este estudo. As entrevistas com os profissionais de saúde ocorreram na sala de atendimento, no horário de plantão desses profissionais, atendendo à disponibilidade dos mesmos. As entrevistas com os gestores foram realizadas no local de trabalho, conforme agendamento prévio. No que se refere ao número de profissionais de saúde, não foi definido *a priori*. Da mesma forma, o número de gestores também não foi estabelecido previamente, visto que todos aqueles que ocupavam esse cargo em componentes da RUE de Jequié/BA foram convidados, contudo, houve não anuência por parte de dois gestores.

Vale mencionar, ainda, que a coleta de dados foi interrompida ao ser verificado o alcance do objetivo estabelecido e a repetição sucessiva do conteúdo dos depoimentos, a partir da observação de que já emitiam sentido similar, podendo ser agrupados, posteriormente [19].

As entrevistas foram gravadas, ouvidas na totalidade, transcritas e submetidas à análise de conteúdo em modalidade temática, contemplando três etapas: a primeira consistiu na pré-análise, momento em que foram revisados os objetivos iniciais do estudo e os documentos a serem analisados [20] que se constituíram no conjunto do material transcrito das entrevistas dos 44 participantes. Seguindo, realizou-se a leitura flutuante do material coletado, em busca de sua organização a fim de constituir o *corpus*.

Na segunda etapa foi feita a exploração do material. Dessa forma, realizou-se o recorte do texto, destacando as unidades de registro, culminando com a categorização e codificação dos dados [20]. E, finalmente, na terceira etapa, realizou-se o tratamento e interpretação dos dados na perspectiva de identificar as convergências, divergências e o inusitado dos dados [20].

Este estudo originou-se de uma Tese de Doutorado, desenvolvida no contexto do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), intitulada “Avaliação da qualidade da assistência à saúde na rede de atenção às urgências e emergências”. Ressalta-se que o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 80933517.3.0000.0055 e parecer n.º 2.489.602/2018.

Resultados

A amostra compreendeu 44 participantes, com idade entre 19 e 65 anos; sendo 31 do sexo feminino e 13 do masculino. Quanto à profissão, são: 15 enfermeiros, 11 técnicos em enfermagem, 06 médicos, 04 fisioterapeutas, 03 assistentes sociais, 02 psicólogas, 01 fonoaudióloga, 01 nutricionista e 01 auxiliar de enfermagem. Em relação ao tipo de vínculo, tem-se: 24 efetivos, 14 contratos, 03 celetistas e 03 cargos comissionados. No que se refere ao tempo de atuação assistencial no componente da RUE, variou entre 08 meses a 17 anos. Já o tempo na gestão em componentes da RUE foi de 10 meses a 06 anos.

O objetivo traçado para o estudo e os dados provenientes da análise possibilitaram a avaliação da qualidade da assistência à saúde, nas dimensões da tríade estrutura-processo-resultado. Assim, a partir da análise das entrevistas, emergiram três categorias temáticas, a saber: 1) A abordagem da dimensão de estrutura em componentes da RUE; 2) O enfoque da dimensão de processo em componentes da RUE; e 3) A dimensão de resultados como desfecho da avaliação das dimensões de estrutura e processo.

Categoria 1: A abordagem da dimensão de estrutura em componentes da RUE

Os participantes apresentaram depoimentos que revelaram avaliações convergentes acerca da estrutura física nos componentes da RUE investigados, sendo apontado desde uma estrutura física muito ruim, até à estrutura não adequada.

[...] ultimamente a gente vem trabalhando numa estrutura muito ruim [...] (P-7/SAMU)

Quando eu penso na estrutura, eu posso subdividir, quando a gente pensa em estrutura física de ambiência, de espaço, eu digo que tá ruim [...] (P-32/HGPV-UTI)

[...]a qualidade da estrutura [...] está precarizada do ponto de vista físico [...] (P4/Gestor)

Eu acho que tá tudo bem defasado, sinceramente, a estrutura aqui não ajuda de jeito nenhum, é um ambiente assim, muito insalubre [...] (P-14/ACCR-HGPV)

[...] estrutura deixa a desejar, porque a gente não consegue oferecer uma estrutura de qualidade, muitos pacientes acabam

ficando internados no pronto-socorro, que não deveria ser o local, em macas [...] fora do leito, em ambientes inadequados, da estrutura física pacientes em enfermarias mistas e acaba não conseguindo dar uma assistência como deveria (P-17/Pronto-socorro-HGPV)

O déficit na estrutura física em componentes da RUE foi atribuído ao processo de reforma da estrutura física que estava em andamento, sendo revelada a necessidade de planejar melhor as reformas a serem realizadas nos serviços, a fim de não prejudicar a saúde dos usuários e profissionais.

[...] no momento, a gente está passando por uma reforma que se alonga há uns cinco anos ou mais [...] (P-15/Pronto-socorro/Sala de estabilização/Emergência pediátrica/ACCR/UTI-HGPV)

[...] iniciou uma reforma e até hoje não terminou[...] (P-43/SAMU)

[...] foram feitas reformas [...] mas também a gente tem que ter o cuidado como vai fazer essa reforma, planejar melhor essa reforma para o paciente que está ali naquele momento não pagar o preço [...] esses retoques de qualquer jeito [...] (P-15/Pronto-socorro/Sala de Estabilização/Emergência Pediátrica/ACCR/UTI-HGPV)

[...] aqui estava em reforma, mas eu sempre dizia assim: “a gente tá como se estivesse dentro de casa e fazendo uma reforma na casa” e todo mundo [...] tendo que cheirar tinta[...] os profissionais cuidando dos pacientes terminavam adoecendo[...] (P-5/GESTOR)

Outra questão revelada pelos participantes no que se refere à dimensão de estrutura, diz respeito à ausência de equipamentos para o processo de cuidado dos pacientes em situação de urgência/emergência.

[...] a gente tá com uma estrutura, principalmente a parte da ambulância, tem alguns equipamentos que faltam na ambulância [...] na USB não tem ar condicionado há muito tempo e é necessário (P-7/SAMU)

[...] Se você vai entrar em uma USA não tem nada de material, não tem ideia de qualidade, não tem desfibrilador! [...] O ECG, não tem! É tudo com defeito, é tudo emendando, tudo [...] (P-9 SAMU)

[...] tem o ar condicionado aqui, na sala de medicação, onde a gente faz todos os procedimentos, mas na enfermaria não tem, então, isso também é complicado [...] (P-24/Emergência Pediátrica)

[...] nós temos constantemente problemas com os ventiladores mecânicos [...] tanto os de transportes quanto fixos, temos problemas com isso [...] às vezes problemas com maca, as macas quebradas (P-18/Pronto-socorro/Sala de estabilização/Sala de trauma/ Emergência pediátrica/UTI-HGPV)

Em um só tempo, embora tenham sido destacados aspectos desfavoráveis no que tange aos equipamentos, outros participantes também colocaram como favoráveis.

Equipamentos também têm de qualidade, nós utilizamos monitores, bomba de infusão, suporte para soro [...] colocaram algumas poltronas também que facilitam, acomodam um pouco, dá um certo conforto aos pacientes que ainda tão em observação[...] (P-28/Pronto-socorro/Sala de estabilização-HGPV)

[...] hoje a gente tem acesso a tomografia, tem ultrassom, tem o laboratório funcionando direitinho, tem raio X (P-23/Emergência pediátrica-HGPV)

[...] então a gente tem cirurgião geral, cirurgião ortopédico, clínico para atender 24 horas [...] (P-5/GESTOR)

A falta de materiais e insumos necessários para o desenvolvimento de cuidados adequados foi revelada. Os profissionais apontaram que, mesmo diante desta falta, a assistência no âmbito da urgência/emergência aos usuários está sendo garantida.

Às vezes a gente não tem hipoclorito, não tem uma coisa para se esterilizar para desinfetar o material, aí você vai lá e lava com água e sabão [...] (P-9/SAMU)

Às vezes falta seringa de 3ml, às vezes falta seringa [...] de 5, de 10, e aí a gente fica administrando uma medicação muitas vezes que a gente pode usar uma seringa de 3, vai administrar com uma seringa de 5, porque não tem de 3[...] (P-24/Emergência Pediátrica)

[...] eu sinto a falta de mais materiais, eu digo insumos[...] (P-2/Gestor)

A questão de insumos hoje não está passando por tantos problemas como nós já passamos há alguns anos atrás, hoje já tá bem melhor, hoje [...] pouquíssimas coisas, mas assim o básico

mesmo para o atendimento avançado a gente tá tendo, de vez em quando que tem um atraso no material, mas não tem ainda essa coisa [...] que venha pesar muito na assistência [...] (P3/Gestor)

Em relação a insumos [...] não está faltando nada [...] Então a gente tá conseguindo garantir a assistência dos nossos pacientes [...] (P1/Gestor)

Em relação à disponibilidade de medicamentos, a falta foi declarada nas falas dos participantes.

[...] vejo muitas vezes falta de medicamento, falta de estrutura [...] (P-15/Pronto-socorro/Sala de estabilização/ Emergência pediátrica/ACCR/UTI-HGPV)

[...] falta medicamento, faltava uma coisinha aqui, outra lá [...] (P7-SAMU)

[...]em relação as medicações é algo deficiente (P-2/Gestor)

No tocante às capacitações, os participantes expuseram avaliações divergentes. O que chama a atenção nesse quesito é a fala de um gestor que relata a resistência que alguns profissionais têm em participar dos momentos de capacitação.

[...] às vezes nós temos a resistência dos profissionais em participar da capacitação[...] a gente já está usando de outras estratégias [...] começamos por modificar o coffee break[...] Vamos modificar o ambiente onde a gente que vai fazer, vamos modificar o horário, vamos ver o que que a gente pode fazer para chamar a atenção desses profissionais[...] (P1/Gestor)

Aqui não ocorre, aqui na verdade [...] nós tivemos um treinamento com um ventilador novo, só que já vislumbrando a nova unidade [...] E aí a gente, inclusive vai marcar um outro treinamento [...] Nós temos os momentos de reunião nossa, que às vezes um colega ou um residente apresenta um tema, mas um é tema variável, não é específico [...] da urgência e emergência[...] Precisa realmente investir mais nessas capacitações (P-18/Pronto-socorro/Sala de estabilização /sala de trauma/Emergência Pediátrica/UTI-HGPV)

[...] eu acho falta muito capacitação profissional [...] (P-20/Pronto-socorro/Sala de estabilização/Emergência Pediátrica-HGPV)

[...] em relação à capacitação dos profissionais, [...] hoje tá se preocupando mais [...], a gente tá sempre sendo convidado, chega um equipamento novo, vem o responsável técnico, faz a capacitação, a gente tá tendo outras capacitações [...] capacitação mesmo, permanente (P-32/UTI-HGPV)

[...] o coordenador ele sempre tá atualizando os profissionais, tem um curso que acontece diariamente [...] para que consiga alcançar todos os trabalhadores da unidade. Então em relação à capacitação dos profissionais é investido sim dentro da unidade [...] (P-17/Pronto-socorro-HGPV)

Categoria 2: O enfoque da dimensão de processo em componentes da RUE

A dimensão de processo foi avaliada pelos participantes de modo positivo, sendo revelado que mesmo diante de deficiências na dimensão de estrutura, existe o comprometimento dos profissionais que reconheceram a ocorrência de falhas, ainda que mínimas.

[...] eu avalio de forma bem positiva esse atendimento, mesmo com as deficiências que nós temos (P-43/SAMU)

[...] Pensando na nossa equipe aqui [...], eu tenho só coisas boas pra falar [...] É uma equipe bastante comprometida e [...] realmente faz a diferença [...] (P-29/SAD-HGPV)

[...] avaliação a gente pode [...] dizer que está satisfatória! Não vou dizer que está ótimo, que está excelente, mas conseguimos evoluir muito (P-3/Gestor)

[...] falha é mínima, a gente tenta dar uma resposta melhor possível [...] quanto a isso a gente não tem reclamação, a gente não tem queixa de atendimento mal prestado ao paciente, dificilmente eu recebo alguma queixa em relação a isso [...] (P-6/Gestor)

Contudo, mesmo diante da avaliação positiva em relação ao cuidado ofertado, foi revelado que, por vezes, o usuário assistido retorna à instituição devido complicações advindas da assistência prestada, bem como o não acompanhamento dos casos após cirurgias ortopédicas, provendo a continuidade do cuidado.

[...] a gente tem uma demanda muito grande a respeito de fraturas, de cirurgias ortopédicas e eu observo que não tem um acompanhamento adequado desses pacientes, [...] que acabam retornando com osteomielite, acho que isso é uma situação muito preocupante [...] não adianta a gente realizar muitas cirurgias sendo que muitos desses pacientes retornam com sequelas ou com algumas doenças de difícil tratamento, eu acho que é uma situação delicadíssima [...] por conta do não acompanhamento pós cirurgia, a gente tem uma resolutividade de cirurgias [...] o paciente chega, é dado o diagnóstico, inicia o tratamento, mas, infelizmente, essa cadeia de tratamento ela é rompida em algum momento que acaba o paciente retornando com complicações por conta das cirurgias [...] (P-10/Pronto-socorro/Sala de trauma-HGPV)

Além disso, os participantes mencionaram que os usuários, em algumas situações, procuram atendimento em componentes da RUE, quando poderiam ser assistidos em serviços de menor complexidade – a exemplo da atenção básica – visto que suas necessidades em saúde não eram classificadas como urgência maior ou emergência. Assim, o caminho “escolhido” pelo usuário do SUS, por vezes, pode implicar na qualidade da assistência à saúde em componentes da RUE, quando esta opção traz como consequência a superlotação do pronto-socorro.

[...] a emergência está superlota por conta disso, porque a gente não tem a base que é a unidade básica, [...] ela tá faltando muito com isso, e aí a emergência fica superlotada. [...]paciente já chega aqui com um quadro já de agravante [...] que aqui não consegue, aí fica aquela coisa, manda pra unidade básica, mas a unidade básica não resolve, não tem resolutividade, o paciente retorna pra emergência, porque retorna [...] no quadro de crise. Aí fica nesse jogo de empurra, vai pra lá, volta... vai, volta! (P-14/ACCR-HGPV)

[...] infelizmente, a gente tem atendimento básico que deixa de ser urgência que atrapalha a nossa assistência (P-15/Pronto-socorro/Sala de estabilização/ Emergência pediátrica/ACCR/UTI-HGPV)

Os profissionais revelaram, ainda, em seus depoimentos que, devido à falta de resolutividade na atenção básica, os usuários terminam por entrar em um ciclo vicioso ao

buscar atender suas demandas em serviços mais complexos. Assim, referiram-se à necessidade de fortalecimento da atenção básica.

Assim, a gente tá sempre atendendo [...] a gente atende fora acidente, as vezes é coisa repetitiva, a maioria dos nossos pacientes são nossos clientes vamos dizer assim [...] (P-9/SAMU)

[...] têm pacientes aqui que tem entrada duas, três, quatro vezes na emergência, [...]veio e não conseguiu resolver, dar resolutividade ao seu problema [...]tem paciente que a gente já conhece já a vida todinha. Freguês da emergência [...] na maioria das vezes, sem necessidade, seria um caso que poderia ser resolvido se tivesse realmente [...] um bom acompanhamento seria resolvido, mas como não tem, aí fica assim no vai e volta, não resolve[...] (P-14/ACCR-HGPV)

E o que acontece? ele acaba muitas vezes retornando com as mesmas queixas [...] (P-15/Pronto-socorro/Sala de estabilização/Emergência pediátrica/ACCR/UTI-HGPV)

[...]o que nós precisamos é do [...]fortalecimento a rede da atenção básica [...]da rede de Urgência e Emergência no nosso município [...] para que nós tenhamos um maior amadurecimento da Unidade de Urgência e Emergência[...] (P1-GESTOR)

Quanto à questão da relação interpessoal estabelecida entre profissionais e usuários durante o processo do cuidado, alguns reportaram que o usuário, por vezes, fica sem direcionamento, que não há diálogo entre as partes. Foi revelada que a escuta qualificada precisa mediar as ações em saúde.

Eu ainda acho muito fraco, eu acho que deveria ter mais diálogo, mais contato de funcionário com paciente, eu acho que deveria ter mais comunicação [...]o paciente ele fica muito perdido, o acompanhante ele fica muito perdido, a paciente chegar sem saber... sem ter um direcionamento, na realidade é essa. A gente aqui no acolhimento, a gente direciona muito o paciente, a gente já orienta muito o paciente, mas a gente vê esse paciente muito perdido [...] completamente [...] (P-14/ACCR-HGPV)

O médico não quer parar para conversar com o paciente, então muitas vezes ele avalia o paciente, escreve no prontuário o que o paciente tem, mas ele não fala, não conversa [...]Precisa de Escuta qualificada e [...] também uma orientação (P-15/Pronto-socorro/Sala de estabilização/ Emergência pediátrica/ACCR/UTI-HGPV)

Contraopondo esses depoimentos, outros participantes relataram que há, sim, uma relação bem estabelecida entre os sujeitos (profissionais-usuários), sendo mencionado que a humanização permeia esta relação.

[...] pelo menos o que eu já [...] vivenciei na maioria dos profissionais, ela se estabelece e é boa sim [...] de um tempo para cá, de um ano e pouquinho a dois anos [...] a gente está vendo o pessoal mais humano, mais sensível [...] a gente não vê um paciente solto, sem assistência, sem esse contato [...] aquela paciente que está em UTI tem um vínculo com os profissionais [...] uma relação boa [...] o paciente que chega no acolhimento e é atendido [...] o cliente chega até a estabilização, a gente vê que ele tem essa relação estabelecida, uma relação de respeito, uma relação de preocupação, de interesse em resolver a situação [...] eu percebi uma melhora muito grande [...] está mais humanizado. (P-15/Pronto-socorro/Sala de estabilização/ Emergência pediátrica/ACCR/UTI-HGPV)

[...] a relação é bastante boa! (P6/Gestor)

Categoria 3: A dimensão de resultados como desfecho da avaliação das dimensões de estrutura e processo

A dimensão de resultados foi avaliada por alguns participantes como sendo positiva, conforme falas a seguir, e que isso se deve ao esforço do profissional.

Ah! o resultado tem sido excelente, [...] estou falando todas as áreas (P-29/SAD-HGPV)

Eu vejo resultado positivo nisso aí, que a gente consegue [...] mesmo com toda dificuldade a gente consegue dá assistência (P7/SAMU)

[...] me surpreendi [...] quando a gente tá de fora fica achando que a assistência fica totalmente prejudicada pela estrutura, pela questão organizacional mesmo. Mas a gente percebe que os profissionais eles se esforçam muito para poder tentar dar uma melhor assistência aos pacientes e acabam tendo muitos resultados positivos, mas muitos desses resultados eu vejo que é do esforço do profissional [...] (P-17/Pronto-socorro-HGPV)

O resultado hoje é fantástico! Não estou aqui dizendo: “Ah, estou satisfeito! Não, não estou” Porque [...] eu acredito que sempre a

gente pode melhorar e chegar a indicadores melhores[...] (P-03/Gestor)

[...] o resultado mesmo com [...] tanta precarização dessas estruturas, o resultado, o desfecho geralmente, por conta do empenho das equipes o desfecho é favorável [...] (P-04/Gestor)

Em contrapartida, houve também profissionais que avaliaram a dimensão de resultados como não adequada. Contudo, acreditam que esse cenário poderá ser modificado com a chegada de novos equipamentos tecnológicos.

Eu acho que não é adequado, o resultado... nosso resultado não é o adequado (P-10/Pronto-socorro/Sala de trauma-HGPV)

Os resultados é também regular, mas acredito que está melhorando a qualidade do serviço aqui, porque tá aumentando o nível de complexidade [...] (P-20/Pronto-socorro/Sala de estabilização-HGPV)

Eu acho que tá tudo bem defasado, sinceramente [...] (P-14/ACCR-HGPV)

Discussão

Pesquisas sobre a avaliação da qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS no âmbito da RUE não é comum, geralmente, encontra-se na literatura estudos que avaliaram os serviços, separadamente [21-23] e, com maior proporção para aqueles em que os avaliadores foram os usuários [22,24,25].

As avaliações realizadas neste estudo alcançaram componentes da RUE, sob a percepção de gestores e profissionais de saúde de diversas categorias, sendo portanto, um estudo que segue uma perspectiva multidimensional.

Os participantes do estudo identificaram um conjunto de aspectos que podem qualificar os componentes da RUE e que, de acordo com a classificação de Donabedian (1980) [17], podem ser agregados nas dimensões da estrutura, processo e do resultado da qualidade da atenção à saúde.

Na avaliação da dimensão de estrutura, foram considerados os recursos físicos, humanos, materiais, financeiros, a composição organizacional dos componentes e a disponibilidade de profissionais qualificados; já na dimensão de processo que corresponde à assistência, propriamente dita, foram avaliadas as atividades, os bens e os serviços prestados, ou seja, se refere aquelas atividades que envolvem os profissionais de

saúde e os usuários; e, por fim, avaliou-se a dimensão de resultado que corresponde ao produto final da assistência prestada [17,18].

Em estudos que avaliam a qualidade do atendimento, tem-se que algumas razões justificam a análise combinada das dimensões de estrutura, processo e resultado. Dentre essas, a possibilidade de se conduzir uma avaliação mais ampla, visto que certas categorias de informações podem ser mais alusivas aos aspectos específicos do cuidado, bem como pode aumentar a confiança na validade dessas conclusões, já que as inferências são retiradas de vários tipos de fatores [26].

Neste estudo, a estrutura física em componentes da RUE foi avaliada pelos profissionais de saúde e gestores como sendo ruim ou não adequada. Entretanto, essa não é uma realidade incomum, tendo em vista que outros estudos realizados em distintos cenários de atenção à saúde – como unidades básicas de saúde – reportaram problemas na estrutura física, o que revela que a infraestrutura deficitária parece ser um problema comum aos diferentes serviços de saúde [27-29].

Em outra pesquisa que abordou o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS) foi descrito que o desempenho dos serviços de saúde está fortemente associado à estrutura do sistema. Assim, a arquitetura e o funcionamento precisam ter a capacidade de garantir o atendimento às necessidades em saúde [30]. Logo, a qualidade da estrutura pode causar repercussões no cuidado prestado ao usuário.

Os participantes mencionaram a reforma na estrutura física que estava ocorrendo em componentes desse estudo como um possível influenciador da qualidade da assistência à saúde. Além disso, chamaram a atenção para a necessidade de um melhor planejamento no que se refere aos reparos ou reformas realizadas na estrutura física dos serviços. Sabe-se da necessidade de manutenções ou construções de novos edifícios, entretanto, se não planejadas, adequadamente, podem causar implicações à saúde de usuários e profissionais.

Quanto à necessidade de garantia do cuidado, o planejamento da segurança do paciente e o gerenciamento da saúde do trabalhador durante a manutenção, construção e/ou reforma de um novo edifício, o Ministério da Saúde rege normas norteadoras para as edificações dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde [31]. Destacam-se as legislações – Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) que exigem compromissos técnicos na construção e manutenção, bem como responsabilidades sobre eventuais impactos na saúde dos pacientes [32].

Ainda abordando a dimensão de estrutura, foi possível perceber nos relatos certa divergência no que tange aos equipamentos, materiais e insumos, visto que alguns participantes apontaram a falta desses. Em contrapartida, outros mencionaram a aquisição de novos equipamentos tecnológicos que possibilitarão a melhoria da qualidade da assistência em componentes da RUE. Em relação à disponibilidade de medicamentos, os depoimentos revelaram que, por vezes, há um quantitativo reduzido ou mesmo a falta de certas medicações.

A esse respeito, em estudo realizado em dois serviços de urgência, sendo um no Brasil e outro em Portugal, enfermeiros relataram dificuldades em relação aos recursos humanos e espaços físicos, estrutura física inadequada, escassez de materiais, equipamentos e medicamentos [33].

No que concerne às capacitações de profissionais, alguns participantes afirmaram faltar capacitações, outros mencionaram que os gestores têm investido nos aperfeiçoamentos, inclusive, tem ocorrido de modo permanente. Além disso, um gestor mencionou a resistência de alguns profissionais em participar desses momentos de aprendizagem.

As capacitações nos estabelecimentos de saúde são sempre encorajadas, tendo em vista que contribuem para o aperfeiçoamento e mudanças na prática profissional [34]. Além de ser um espaço de aprendizagem, podem contribuir para fortalecer a comunicação entre administração geral e profissionais da saúde, ao abordar habilidades comunicativas [35]. Contudo, permanece a crítica ao modelo hegemônico da educação baseado apenas em cursos pontuais cujo objetivo é atualizar, capacitar ou especializar uma categoria profissional específica [36].

Daí a necessidade de substituir a ideia de capacitação pela concepção de Educação Permanente em Saúde (EPS), que vem sendo desenvolvida e disseminada no Brasil desde a década de 1980 quando a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) passou a assumir a EPS como estratégia para a recomposição das práticas e das políticas de formação, atenção e gestão em conformidade com princípios do SUS [36].

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa – aquela que promove e produz sentidos – e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais em ação na rede de serviços. Nesse sentido, a proposta é que os processos de qualificação dos profissionais de saúde tenha como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do

controle social em saúde, focada nos objetivos de transformar as práticas profissionais e da própria organização do trabalho [37].

A dimensão de processo também avaliada nesse estudo, revelou que a assistência à saúde dispensada aos usuários da RUE foi considerada boa. Nesse sentido, é possível inferir que, mesmo diante de condições não ideais relatadas para a dimensão de estrutura, de modo geral, o cuidado, propriamente dito, que é prestado aos usuários dessa RUE foi considerado satisfatório. Todavia, os participantes chamaram a atenção para os casos em que alguns usuários retornam aos componentes da RUE devido às complicações oriundas da assistência à saúde.

Assim, apesar dos avanços tecnológicos no campo da saúde, complicações pós-operatórias são comuns e podem ocasionar o retorno do usuário à instituição [38]. Nesse sentido, foi revelado o retorno de pacientes ao componente hospitalar, por exemplo, devido ao desenvolvimento de osteomielite.

A osteomielite crônica pós-operatória é considerada um importante problema de saúde mediante à sua morbidade significativa e baixa taxa de mortalidade[39]. Trata-se de uma doença infecciosa que pode ser ocasionada por um “processo infeccioso agudo tratado incorretamente, sítio pós-cirúrgico, infecção óssea por contiguidade a partir de infecção crônica de partes moles adjacentes, entre outras situações” [40:2].

Mediante a ocorrência de osteomielite em usuário, citado por um dos participantes, compreende-se a preocupação dos profissionais em relação à responsabilidade com o cuidado prestado, tendo em vista que o serviço de urgência e emergência constitui-se em um ambiente crítico e de riscos potenciais aos usuários, por meio das características do atendimento, gravidade dos casos clínicos e aumento de agravos à saúde por causas externas [41]. Nesse particular, é preciso trazer à discussão a segurança do paciente, tema que se tornou prioritário nas instituições de saúde e é inerente a abordagem da qualidade do atendimento. Além disso, foi possível identificar, na fala dos participantes, o reconhecimento das falhas e complicações que são advindas da assistência prestada.

A segurança do paciente é definida como a redução do risco ou perigo desnecessário para o cuidado em saúde por um mínimo aceitável, conforme o conhecimento atual, os recursos disponíveis e o contexto da prestação do cuidado, em relação ao risco do não tratamento ou de outro tratamento [42]. Assim sendo, diz-se que é o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar [43,44].

Nesse contexto, existem termos da temática da segurança do paciente que precisam ser bem esclarecidos aos profissionais de saúde, a saber: dano é compreendido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo ser físico, social ou psicológico; já o risco é entendido como a probabilidade de um incidente ocorrer; o incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente; um quase erro (*near miss*) é um incidente que não atingiu o paciente; e o evento adverso trata-se do incidente que resultou em dano ao paciente [42,45].

Nota-se que a qualidade e a segurança do paciente são indissociáveis, tendo em vista que à medida que os sistemas de saúde reduzem os riscos de dano ao mínimo aceitável, conseqüentemente, estão buscando aumentar a qualidade dos seus serviços [42].

Outro fator que pode interferir na qualidade da assistência à saúde na dimensão do processo, diz respeito à compreensão de que, talvez, os usuários do SUS continuam tendo a concepção de que o serviço de urgência/emergência é porta de entrada para o sistema de saúde e que isso independe da sua situação de gravidade clínica.

Em pesquisa realizada no serviço de urgência de uma instituição hospitalar em Minas Gerais foi identificado que a população continua procurando os serviços de emergência por demanda espontânea, uma vez que não têm sido referenciada por unidades básicas de saúde [46]. A população que chega com o encaminhamento em unidades de urgência continua sendo baixa, o que sugere que as pessoas continuam a entender o serviço de urgência como a porta de entrada para o sistema de saúde e que os serviços de atenção básica desse município não têm sido resolutivos, contrapondo a legislação vigente que afirma que ela deveria resolver 85% dos casos [46].

Frente a esse caminho percorrido pelos usuários do SUS na busca de sanar suas necessidades em saúde, persiste a realidade da superlotação dos prontos-socorros de hospitais públicos [22]. Um fator apontado como responsável por essa realidade da superlotação nos serviços de urgência, diz respeito à dificuldade de encaminhamentos para unidades básicas e, nos agendamentos de consulta para especialidades [47].

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde e gestores reportaram que a falta de resolutividade vivenciada na atenção básica pode ser a responsável por impulsar os usuários do SUS a buscarem outras possibilidades de atendimento à saúde em níveis mais complexos.

Outro resultado semelhante foi encontrado para o componente SAMU da RUE, no Município de Botucatu/SP, pois ao analisar os atendimentos realizados foi evidenciado que – quanto à natureza – houve predomínio dos atendimentos de natureza clínica, seguida das ocorrências traumáticas [21].

A esse respeito, pesquisa realizada no SAMU de Porto Alegre (RS) verificou que a credibilidade do SAMU e a possibilidade de atendimento fácil e rápido na resolução das necessidades das pessoas pode ser um fator que propicia a opção por esta "porta de entrada" no sistema de saúde, ao invés de aguardarem a assistência em serviços em que poderia ser mais demorada a resolução de um problema percebido como grave [48].

Com isso, evidencia-se que o usuário do SUS continua a dá ênfase à cura e não à promoção da saúde. Nessa medida, o modelo hospitalocêntrico ainda se mantém, uma vez que esse perfil de demanda que deveria ser resolvida ainda no nível primário, continua a procurar, espontaneamente, níveis mais complexos [22,49]. Há a necessidade de uma reeducação da população acerca do conceito de atenção básica e atendimento emergencial [49], tendo em vista que os cuidados primários e a prevenção de agravos que poderiam ser assistidos na atenção básica ainda chegam nas unidades de urgência e/ou emergência.

Além de relatarem o atendimento de usuários com perfil clínico não urgente, os participantes expuseram também que no dia a dia dos componentes da RUE é possível perceber que muitos usuários terminam por retornar, diversas vezes, aos serviços com as mesmas queixas. Talvez, porque tenham conseguido uma solução pontual às suas necessidades em saúde com maior facilidade e agilidade. Essa informação corrobora com os resultados da pesquisa realizada com coordenadores das UPAs da RUE no Paraná, que referiram ser frequente o retorno dos usuários atendidos previamente com as mesmas queixas [50].

Nesse enlace, é preciso direcionar as ações para fortalecer as funções dos serviços da atenção básica, a fim de expandir a possibilidade de escolha do usuário, aumentar a eficácia e eficiência, assim como melhorar a qualidade da atenção, visando à cobertura universal [51].

A dimensão de processo avaliou também a relação estabelecida entre profissional e usuário, mencionando uma avaliação divergente, tendo em vista que alguns participantes apontaram a falta de comunicação e o diálogo nas práticas em saúde, citando o exemplo do profissional médico. Por outro lado, foi revelado que a assistência prestada em componentes da RUE é boa e a humanização está presente nas ações dos profissionais.

Em outro estudo, a relação médico-paciente também foi enfatizada, pelo fato de alguns desses profissionais tratarem os usuários como se fossem meros “consumidores” de um serviço, quando deveria prestar um atendimento mais humanizado e acolhedor [52]. É a partir da escuta das necessidades e expectativas do usuário que o profissional poderá fornecer um atendimento de qualidade [52].

Diante disso, é fundamental que os profissionais de saúde ao assistirem o usuário busquem fazer da interação terapêutica um diálogo, no sentido mais pleno do termo, pois, assim, a intervenção irá além da pura tecnicidade [53-54].

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização (PNH) procura por em prática os princípios do SUS no dia a dia dos serviços de saúde, a fim de produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar [55]. Além disso, a PNH estimula a comunicação dos distintos atores (gestores, trabalhadores e usuários) com a finalidade de construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que, por vezes, causam atitudes e práticas desumanizadoras capazes de inibir a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si [55].

A qualidade da assistência à saúde em componentes da RUE para a dimensão de resultados possibilitou uma compreensão divergente sob a ótica dos participantes, tendo em vista que as falas revelaram que o produto da assistência (resultado final) foi tido como excelente em alguns depoimentos. Contudo, em outros, classificaram-no como defasado.

A dimensão de resultados pode ter revelado esses achados, pelo fato das dimensões de estrutura e processo influenciarem diretamente nesta dimensão. Portanto, como as outras dimensões tiveram avaliações convergentes, os resultados também foram avaliados, em um só tempo, com depoimentos que revelam cunho positivo e negativo.

Em estudo realizado no setor ACCR de dois serviços hospitalares de emergência, que também avaliou a dimensão resultados, apontou dentre outros achados, a superlotação dos hospitais por agravos não urgentes e a deficiência no sistema de referência e contrarreferência [24]. Esses fatores tornam o processo de trabalho penoso, inseguro e pouco resolutivo [24].

No presente estudo, esses fatores emergiram nas falas dos participantes na categoria que abordou a dimensão de processo. Isso pode denotar que a dimensão de resultado está ligada diretamente ao cuidado, propriamente dito (dimensão processo), o que pode justificar a divergência também para o produto final (dimensão resultado).

A dimensão de resultado revelou, ainda, que os desfechos positivos acerca da qualidade da assistência à saúde em componentes da RUE se devem ao esforço dos profissionais. Os trabalhadores em saúde proveem meios e recursos para que o cuidado seja visto de modo positivo, quando atuam seguindo um modelo de assistência humano, integral e com qualidade [56].

Considerações finais

A discussão da qualidade da assistência em componentes da RUE trouxe elementos convergentes e divergentes no que se refere à percepção de profissionais de saúde e gestores. Com isso, os resultados apontam a necessidade de mudanças nas dimensões da tríade Donabedian: estrutura, processo e resultados.

A dimensão de estrutura no que tange à infraestrutura foi avaliada como sendo ruim ou não adequada. Contudo, o processo de reforma que estava sendo operacionalizado em alguns componentes da RUE foi apontado, de certa forma, como sendo o responsável pelo déficit na infraestrutura. Houve discordância nas falas quanto à ausência de equipamentos e a realização de capacitações. Foi sinalizada também a falta de medicamento, bem como de materiais e insumos, entretanto, segundo os participantes a assistência aos usuários é garantida.

A dimensão de processo foi avaliada de modo positivo, porém os participantes reconheceram a ocorrência do retorno de usuários devido às complicações ortopédicas, à falta de continuidade do cuidado e à superlotação dos serviços de urgência/emergência com casos não graves. Houve dissenso quanto à visão do relacionamento interpessoal entre profissional-usuário.

Por fim, a dimensão de resultado foi avaliada de modo divergente sendo classificada desde excelente até defasada, com ênfase de que muitos resultados positivos se devem ao esforço dos profissionais.

Este estudo, embora desenvolvido em um contexto específico – o que se configura como limitação da pesquisa – avança na construção do conhecimento ao trazer para análise a percepção de profissionais de saúde e gestores sobre qualidade da assistência prestada em componentes da RUE de um município-polo no interior da Bahia, nas dimensões da estrutura, processo e resultado.

A avaliação da qualidade da assistência em componentes da RUE necessita de aprofundamento em futuros estudos, tendo em vista que poderão contribuir com a melhoria da qualidade do atendimento, a prática profissional e a organização da rede. Além disso, pode ser um caminho para a reflexão de como a RUE está sendo implantada e implementada no território nacional.

Não há conflitos de interesse.

Colaboração das autoras:

Concepção do projeto: Tatiane Oliveira de Souza Constâncio, Adriana Alves Nery.

Redação do artigo: Tatiane Oliveira de Souza Constâncio.

Análise e interpretação dos dados: Tatiane Oliveira de Souza Constâncio.

Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Tatiane Oliveira de Souza Constâncio, Adriana Alves Nery.

Supervisão: Adriana Alves Nery.

Referências

1. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZAM. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. Rio de Janeiro, Fiocruz; 1997. 29-47.
2. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, De Souza WV. Quality of care in the family healthcare units in the city of Recife: user perception. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(1):35-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100005>
3. Cesar CLG, Tanaka OY. Household surveys as an evaluation tool for health services: a case study from the Southeast region of the Greater São Paulo Metropolitan Area, 1989-1990. *Cad Saude Publica*. 1996; 12(suppl 2):59-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1996000600007>
4. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):427-432. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400008>
5. Tanaka OY, Tamaki EM. The role of evaluation in decision-making in the management of health services. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(4):821-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.
6. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 1997 Jan-mar; 13(1):103-07.

7. Frias PG, Costa JMBS, Figueiró AC, Mendes MFM, Vidal SA. Atributos da qualidade em Saúde. In: Samico I. et al. (org). Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 43-55.
8. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J. (Org.). Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, (DC). 1992. 282-404.
9. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260(12):1743-48. PMID: 3045356.
10. Silva LG, Matsuda L. M. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. Cienc Cuid Saúde. 2012; 11(suplem.)121-28. 10.4025/cienccuidsaude.v10i5.17063.
11. Oliveira LS, Costa DN, Oliveira DML, Almeida HOC, Mendonça IO. Indicadores de qualidade nos serviços de urgência hospitalar. Ciências Biológicas e de Saúde. 2018 Abr.; 4(3): 173-88.
12. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde Debate. 2014 Out.; 38(especial):252-64. 10.5935/0103-1104.2014S019.
13. Moraes AS, Melleiro MM. The quality of nursing care at an emergency unit: the patient's perception. Rev. Eletr. Enf. 2013 Jan-mar; 15 (1):112-20. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15243>.
14. Furlan, CEFB. Avaliação da qualidade do atendimento hospitalar: o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-31102011-081856/pt-br.php> (Acessado [2019 10 de fevereiro]).
15. Pena MM. Análise do grau de satisfação de usuários de um hospital universitário privado: uma abordagem multissetorial. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-01072010-150557/pt-br.php> (Acessado [2019 10 de fevereiro]).
16. Silva LMV, Formigli VL. A. Health Evaluation: Problemas and Perspectives. Caderno de Saúde Pública. 1994; 10(1): 80-91. PMID:15094921.
17. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1980.
18. Donabedian A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press, 1985.

19. Oliveira JLC, Gabriel CS, Fertoni HP, Matsuda LM. Management changes resulting from hospital accreditation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017 Mar; 25:e2851. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1394.2851>. PMID: PMC5363327
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
21. Almeida PMV, Dell'Acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMC, Palhares VC, Pavelqueires S. Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care network. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016 Abr-jun; 20(2):289–295. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160039>
22. Lima CA, Santos BTP, Andrade DLB, Barbosa FA, Costa FM, Carneiro JA. Quality of emergency rooms and urgent care services: user satisfaction. *Einstein*. 2015 Oct-dez.; 19 (4): 587-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015GS3347>
23. Seignemartin BA, Jesus LR, Vergílio MSTG, Silva EM. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. *Rev Rene*. 2013; 14(6):1123-32.
24. Vituri DW, Inoue KC, Júnior JAB, Oliveira CA De, Rossi RM, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013 Set-out;21(5):1–9.
25. Marques LA, César FCR, Izidoro LCR, Cabral CB, Santos LF, Brasil VV, et al. Satisfação de usuários com o acolhimento e classificação de risco em unidades públicas de saúde. *Rev Eletrônica Enferm*. 2018; 20:1–10. <https://doi.org/10.5216/ree.v20.50113>
26. Donabedian A. Advantages and limitations of explicit criteria for assessing the quality of health care. *Health and Society*. 1981; 59(1): 99-106. PMID: 6906605
27. Serapioni M, Silva MGC da. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 Nov.; 16(11):4315-4326. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200004>
28. Mishima SM, Campos AC, Matumoto S, Fortuna CM. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsabilidade: estratégia para análise de sistemas universais? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24:e2674. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1089.2674>.
29. Fernandes JC, Cordeiro BC. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. *Rev enferm UFPE on line.*, 2018 Jan.; 12(1):194-202. [10.5205/1981-8963-v12i01a23311p194-202-2018](http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23311p194-202-2018).
30. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(4):921-934. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>.

31. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde - Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 1994. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas_montar_centro_.pdf (Acessado [2019 19 de fevereiro]).
32. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 50. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html (Acessado [2019 19 de fevereiro]).
33. Souza JDA, Júnior JMP; Miranda FAN. Stress in an emergency room and the challenges for Brazilian and Portuguese nurses. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017 Mar.; IV Série(12):107–116.
34. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM de, Peixoto MRG. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2016; 40 (4):547 – 559. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>
35. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016 Mar; 37(1):e55716. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.55716>.
36. Cardoso ML de M, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza MRP. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(5):1489-1500. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>.
37. Ministério da Saúde. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf> (Acessado [2019 19 de fevereiro]).
38. Cordeiro ALL, Borges DL, Peruna MP, Guimarães AR, Cacao LA. Correlation between Length of Hospital Stay and Gait Speed in Patients Submitted to Cardiac Surgery *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2017; 30(2):123-127. [10.5935/2359-4802.20170029](https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170029).
39. Lima ALLM, Zumiotti AV. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento das osteomielites. *Acta Ortop Bras*. 1999; 7:135-141.
40. Heitzmann LG, Battisti R, Rodrigues AF, Lestingi JV, Cavazzana C, Queiroz RD. Osteomielite crônica pós-operatória nos ossos longos – O que sabemos e como conduzir esse problema? *Rev Bras Ortop*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2017.12.013>

41. Paixão DPSS, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(Suppl 1):577-84. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>
42. OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Más que palabras. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. 2009.
43. Vincent C. Risk, safety and the dark side of quality *BMJ.* 1997; 14(7097):1775-6. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7097.1775>
44. The National Patient Safety Foundation (NPSF). Agenda for research and development in patient safety [Internet]. 2000. https://cdn.ymaws.com/www.npsf.org/resource/collection/4B2E552F-48FA-4DCF-8BD8-574EE15EFD99/Agenda_for_RD_in_Patient_Safety.pdf
45. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2014. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente> (Acessado [2019 19 de fevereiro]).
46. Guedes HM, Almeida AGP, Ferreira FO, Júnior GV, Chianca TCM. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Revista de Enfermagem Referência.* 2014 Fev-mar.; IV (1):37-44. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13108>
47. Spagnuolo RS, Silva MNL, Meneguim S, Bassetto JGB, Fernandes VC. Percepção dos usuários sobre a triagem com classificação de risco em um serviço de urgência de cabo verde. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017; 30(2): 249-54, 2017.
48. Veronese AM, Oliveira DLLC, Nast K. Risco de vida e natureza do SAMU: demanda não pertinente e implicações para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(4):142-148. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400018>.
49. Silva BA, Oliveira AM, Rossetto EG, Zani AV. Caracterização da demanda e procura de um pronto atendimento infantil: opinião de pais e responsáveis *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.* 2014 Ago.; 36(1): 33-42, ago. 2014. 10.5433/1679-0367.2014v35n2p33
50. Uchimura LYT, Viana ALD'A, Silva HP, Ibañez N. Unidades de Pronto Atendimento (UPA's): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde Debate.* 2015; 39(107):972-83. 10.1590/0103-110420151070253
51. Frenk J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. *Lancet.* 2015; 385(9975):1352-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61467-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61467-7)
52. Ferreira LR, Artmann E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários EM uma instituição complexa de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018; 23(5):1437-50. 10.1590/1413-81232018235.14162016

53. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004 Set-dez; 13(3): 16-29.
54. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In: Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. 2009; 75-105.
55. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf> (Acessado [2019 10 de fevereiro]).
56. Torres E, Silvino ZR, Christovam BP, Andrade M, Fuly PC dos S. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. *Esc Anna Nery*. 2011 out-dez; 15(4):730-736. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-8145201100040>

Dificuldades e facilidades vivenciadas na Rede de Atenção às Urgências e Emergências sob a ótica de profissionais e gestores

Difficulties and facilities experienced in the Network of Attention to Emergencies and Emergencies from the perspective of professionals and managers

Tatiane Oliveira de Souza Constâncio^a

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6811-1506>

E-mail: tatiane2101@gmail.com

Adriana Alves Nery^b

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1093-1437>

E-mail: tatiane2101@gmail.com

^a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, BA, Brasil.

^b Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Departamento de Saúde II. Jequié, BA, Brasil.

Correspondência

Tatiane Oliveira de Souza Constâncio, Rua D, 106, Loteamento Novo Horizonte, Campo do América. Jequié, BA, Brasil. CEP:45.203-016.

Resumo

Este estudo tem como objetivo analisar dificuldades e facilidades vivenciadas por profissionais de saúde e gestores em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, que utilizou para a coleta de dados a entrevista individual com roteiro semiestruturado e, a análise de conteúdo na modalidade temática para a interpretação dos resultados. Participaram do estudo 06 gestores e 38 profissionais de saúde de nível técnico e/ou superior que prestavam assistência à saúde na referida rede. Os resultados apontaram como dificuldades: a falta de articulação entre os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências; descontinuidade da assistência à saúde dos usuários; superlotação do componente hospitalar; falta de critérios dos profissionais médicos na central de regulação; número insuficiente de profissionais; e, condições de trabalho precárias. As facilidades foram: a inclusão da Unidade de Pronto Atendimento para o atendimento na Rede de Atenção às Urgências e Emergências; a integração entre os componentes; a disponibilidade de exames complementares diagnósticos e de

tratamento de alta complexidade; o empenho dos profissionais; o bom relacionamento interpessoal entre os profissionais; e a satisfação profissional. Reforça-se a pertinência e a importância da realização de novos estudos acerca das dificuldades e facilidades para atuar em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com vistas a contribuir com a superação dos desafios e a alcançar melhorias na qualidade da assistência prestada aos usuários em situação de urgência e emergência.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Qualidade da assistência à saúde; Regionalização.

Introdução

O cenário mundial aponta mudanças nos contextos epidemiológico e sociodemográfico que implicam em desafios para a saúde pública, principalmente, nos países em desenvolvimento. Dentre esses, menciona-se o envelhecimento da população com incremento das condições de doenças crônicas e o crescente número de pessoas acometidas por doenças e agravos mais comuns, em que as causas externas ocupam posição de destaque, além das doenças do aparelho circulatório (Soares; Scherer; O'Dwyer, 2015).

Existem inúmeras vitórias a serem comemoradas desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, sabe-se que é necessário reconhecer que há um longo caminho a ser percorrido, a fim de alcançar as metas de universalidade, equidade, integralidade e controle social (Siqueira, 2013).

Nesse sentido, um dos grandes desafios a ser superado é o modelo de atenção e gestão fragmentado e não condizente com as necessidades sociodemográficas e epidemiológicas que transita no Brasil, atualmente (Soares; Scherer; O'Dwyer, 2015).

Nessa perspectiva, Mendes (2011) aborda que o sistema de saúde precisa organizar-se de modo a operar de forma contínua e proativa, voltando a atenção às condições agudas e crônicas, equilibradamente, a fim de responder às demandas da população de modo coerente. Portanto, o sistema de saúde brasileiro deve assumir a organização por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Mendes, 2011).

A RAS mostra-se como uma alternativa capaz de alcançar a consolidação de sistema de saúde integral que proporcionará a continuidade da assistência, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes (Lavras, 2011).

Nesse sentido, com a vigência da Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), vem sendo elaboradas redes temáticas prioritárias das quais, destaca-se

neste estudo, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) que foi instituída por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.600/2011, passando a priorizar a integração entre os componentes da atenção às urgências, bem como a garantir os investimentos e recursos necessários para minimizar a fragmentação entre os componentes (Brasil, 2011).

Considera-se que os serviços de urgência e emergência se constituem como importante forma de acesso dos usuários ao sistema de saúde. Desse modo, a RUE tem, dentre outras, a finalidade de ampliar e qualificar esse acesso, a partir de serviços integrados (Brasil, 2011).

Cabe ressaltar, entretanto, que o sistema de saúde brasileiro ainda funciona com dificuldades de articulação, como demonstra a literatura (Lamothe; Sylvain; Sit, 2015; Morais; Melleiro, 2013; Mendes, 2011). Com isso, torna-se relevante a realização de estudo que aborde, especificamente, dificuldades e facilidades vivenciadas por profissionais de saúde e gestores que atuam em componentes da RUE.

Considera-se que a análise das dificuldades e facilidades no âmbito da RUE, possibilitará a qualificação da assistência à saúde em componentes dessa rede, no nível local e regional. Nessa medida, esse estudo tem como objetivo analisar dificuldades e facilidades vivenciadas por profissionais de saúde e gestores em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia.

Metodologia

Este estudo trata-se de um recorte da tese de doutorado intitulada “Avaliação da qualidade da assistência à saúde na rede de atenção às urgências e emergências”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sendo de abordagem qualitativa que, segundo Minayo (2014), possibilita ao pesquisador conhecer a vivência, os valores, os significados e o modo de interagir dos indivíduos ou dos grupos sociais, uma vez que se diferem pelo agir, pelo pensar e pela maneira que interpretam suas ações dentro de um contexto partilhado com seus semelhantes.

O estudo foi realizado em componentes da RUE do município de Jequié/BA, localizado na macrorregião Sul da Bahia, sendo esse município referência dentro da sua região de saúde. Foram inclusos, aqui, os seguintes componentes da RUE de Jequié/BA: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e o hospital estratégico da rede – o Hospital Geral Prado Valadares (HGPDV), no

âmbito do Pronto-socorro (incluindo os setores observação geral, sala de trauma e emergência pediátrica), sala de estabilização e Unidade de Terapia Intensiva-adulto (UTI-adulto).

Quanto aos participantes, foram inclusos 06 gestores e 38 profissionais de saúde de nível técnico e/ou superior (técnico ou auxiliar em enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, médico e fonoaudiólogo), que prestavam assistência à saúde na referida RUE.

A seleção dos gestores foi feita intencionalmente, uma vez que são considerados como representantes chave dos componentes da RUE de Jequié/BA. Já os profissionais de saúde foram selecionados de modo aleatório – através de sorteio – seguindo a escala diária do plantão, obedecendo a critérios de inclusão, como: estar em exercício de atividades assistenciais, tendo um tempo de experiência igual ou superior a seis meses, com jornada de trabalho com duração ao menos de 20 horas semanais. Como critérios de exclusão, adotou-se: afastamentos prolongados (licença ou férias) e não anuência à pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio da utilização de entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro que constou de questões relacionadas à caracterização sociodemográfica dos participantes e, uma questão sobre as dificuldades e facilidades vivenciadas por estes na atuação em componentes da RUE. Ressalta-se que foram utilizados diferentes roteiros para os dois grupos de participantes.

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro a outubro de 2018, sendo as entrevistas registradas em gravador mediante a autorização dos participantes. Com a finalidade de assegurar o anonimato, os profissionais foram identificados por meio da letra “P” de participante, seguida de um algarismo numérico e o nome do componente de atuação na RUE (Ex.:P-1/Pronto-socorro/HGPV). Os gestores foram nomeados também com a letra “P” e a sequência numérica, porém o componente em que trabalhava não foi identificado, utilizou-se apenas a palavra gestor (Ex.: P-1/Gestor).

As entrevistas foram realizadas nos componentes HGPV e SAMU, visto que esses eram os locais em que os participantes seriam mais facilmente encontrados, tiveram duração média de 30 minutos e foram conduzidas pela pesquisadora responsável por esse estudo. As entrevistas com os profissionais de saúde ocorreram na sala de atendimento, no horário de plantão destes profissionais, atendendo à disponibilidade dos mesmos. Em relação ao número desses profissionais, não foi definido *a priori*. As entrevistas com os gestores foram realizadas no local de trabalho, conforme agendamento prévio. Assim

como o número de profissionais, o quantitativo de gestores não foi estabelecido previamente, visto que todos aqueles que ocupavam essa atribuição em componentes da RUE de Jequié/BA foram convidados, contudo, houve a não anuência por parte de dois gestores.

Vale mencionar, ainda, que a interrupção da coleta de dados ocorreu somente quando foi verificado o alcance do objetivo estabelecido e a repetição sucessiva do conteúdo dos depoimentos, a partir da observação de que já emitiam sentido similar e que os depoimentos poderiam ser agrupados, posteriormente (Oliveira et al., 2017).

As entrevistas foram gravadas, ouvidas na totalidade, transcritas e submetidas à análise de conteúdo em modalidade temática, contemplando três etapas (Minayo, 2014): a primeira consistiu na pré-análise, momento em que foram revisados os objetivos iniciais do estudo e os documentos a serem analisados, os quais constituíram o conjunto do material transcrito das entrevistas dos 44 participantes. Seguindo, realizou-se a leitura fluante do material coletado, em busca de sua organização, a fim de constituir o *corpus*.

Na segunda etapa, foi feita a exploração do material. Assim, realizou-se o recorte do texto, destacando as unidades de registro, culminando com a categorização e codificação dos dados. E, finalmente, na terceira etapa, realizou-se o tratamento e interpretação dos dados na perspectiva de identificar as convergências, divergências e o inusitado dos dados.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 80933517.3.0000.0055 e parecer n.º 2.489.602/2018.

Resultados e discussão

Participaram do estudo 06 gestores e 38 profissionais de saúde, com idade entre 19 e 65 anos, sendo 31 do sexo feminino e 13 do sexo masculino. Quanto à profissão, participaram 15 enfermeiros, 11 técnicos em enfermagem, 06 médicos, 04 fisioterapeutas, 03 assistentes sociais, 02 psicólogas, 01 fonoaudióloga, 01 nutricionista e 01 auxiliar de enfermagem. Em relação ao tipo de vínculo empregatício, 24 efetivos, 14 contratos, 03 celetistas e 03 cargos comissionados. O tempo de atuação assistencial no componente da RUE variou entre 08 meses a 17 anos. Já o tempo na gestão em um dos serviços, foi de 10 meses a 06 anos.

Os resultados foram organizados em duas categorias a fim de propiciar compreensão da análise e essência do material coletado.

Categoria 1 - Dificuldades vivenciadas por profissionais de saúde e gestores atuantes na Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Essa categoria trata das dificuldades expressas nos depoimentos de profissionais de saúde e gestores atuantes em componentes de uma RUE. Entre as dificuldades, emergiu a falta de articulação entre os componentes e a descontinuidade da assistência, pois, por vezes, os usuários ficam “soltos” na rede ou acabam por utilizar continuamente o mesmo serviço de saúde, como no caso em que o usuário assistido pela equipe do SAD necessita de assistência no ambiente hospitalar e acaba, por vezes, sendo reinserido na rede como um novo caso, o que poderá trazer implicações à sua saúde, tendo em vista que este processo poderá ser moroso e burocrático.

[...] essa questão [...] da desarticulação do sistema é uma dificuldade [...] quando eu penso nessa questão [...] dessa rede [...] esse paciente ele deveria estar bem amarradinho sabendo o que aconteceu com ele e isso se quebra, a gente vê que ele fica sempre solto (P-32/UTI-HGPV)

[...] se a gente olhar o desenho do fluxo da urgência e emergência, ele é lindo! Ele é perfeito! Mas alguns profissionais talvez por desconhecimento [...] acabam não seguindo esse fluxo corretamente (P03/Gestora)

[...] dificuldade é em relação [...] aos retornos [...] quando um paciente tem intercorrências e precisa retornar para o hospital [...] às vezes esse paciente não é absorvido [...] tem uma dificuldade em ser atendido [...] ele tem que ir pela porta de entrada que é o pronto-socorro [...] então, a gente tem essas dificuldades de retorno também para avaliação, principalmente, cirurgia [...] os pacientes ficam indeterminadamente usando sonda nasogástrica, nasoenteral [...] então... são essas coisas [...] realmente dificultam a nossa assistência (P-30/SAD)

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), a implementação da RUE requer pactuações entre as três esferas de gestão, a fim de permitir uma melhor organização da assistência e articular os diversos pontos de atenção, definir os fluxos e as referências

adequadas, com a finalidade de modificar o modelo de atenção, fragmentado e desarticulado.

Nessa perspectiva, reconhece-se que apesar das legislações brasileiras vigentes na área da urgência e emergência e de todo o esforço empreendido pelo Ministério da Saúde junto ao SUS em estimular a cultura da assistência à saúde no âmbito da rede, a fala dos participantes remete ao entendimento de que há desarticulação e descontinuidade da assistência e fragmentação das ações entre os componentes da RUE. Assim, pode-se inferir que a organização dessa RUE ainda é incipiente. Entretanto, não se trata de uma realidade isolada, tendo em vista que estudos em diferentes cenários evidenciaram a desarticulação e ineficiência das redes, o que pode repercutir diretamente na resolutividade do cuidado prestado aos usuários (Uchimura et al., 2015; Carvalho et al., 2017).

Outra dificuldade apontada pelos participantes diz respeito à função que deve ser desempenhada por cada componente da RUE. Os relatos remetem à compreensão de que, talvez, a função de cada serviço no âmbito da RUE não esteja ainda bem definida, tanto para os usuários do SUS quanto para os profissionais de saúde. Associa-se a isso, a ausência de compartilhamento do cuidado ao usuário entre os componentes da RUE.

[...] nós precisamos do [...] fortalecimento da unidade básica, para que nós tenhamos um maior amadurecimento da urgência e emergência, porque ainda nós temos aquele resquício de que tudo nós conseguimos abarcar e muitos casos não [...] é de urgência e emergência (P01/Gestora)

[...] o SAMU hoje está descaracterizado, infelizmente. As pessoas chamam o SAMU, de SAMU-táxi [...] porque é só pra transportar os pacientes [...] vai pra qualquer coisa [...] e o que que tem acontecido muito? É o excesso de ocorrências [...] ao invés de triar o máximo possível, eles (se referindo ao médicos reguladores) começam a mandar ambulâncias para todo tipo de ocorrência [...] sobrecarregando com ocorrências que realmente não são ocorrências do SAMU [...] tem que orientar [...] referenciar a atenção básica [...] (P-42/SAMU)

[...] nós somos um serviço de transição, então o paciente a gente desospitaliza e dá esse suporte [...] esse treinamento para a família para referenciar para a rede básica. E aí, às vezes, a gente não consegue que esse paciente [...] dê continuidade a assistência na rede básica [...] Eles (se referindo a equipe da atenção básica) não vão lá, acham que o paciente já está sendo assistido pela atenção domiciliar [...] (P-30/SAD)

De acordo com Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.600 de 07 de julho de 2011 que reformulou a PNAU e instituiu a RUE, esta última tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (Brasil, 2011).

Cabe trazer à discussão, a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.600/2011, visto que traz as finalidades dos componentes da RUE. Nessa medida, a atenção básica deve realizar a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, até à transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção – quando necessário – com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (Brasil, 2011).

Já o componente hospitalar é formado pelas portas hospitalares de urgência, pelas enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritários; enquanto que o SAMU e suas centrais de regulação médica precisam chegar, precocemente, a vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde, de qualquer natureza, capaz de levar a sofrimento, sequelas ou óbito, sendo necessária a garantia de atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Por fim, o serviço de atenção domiciliar que foi constituído com a premissa de reorganizar o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (Brasil, 2011).

Mediante o que foi revelado neste estudo e o que está preconizado na Portaria 1.600/2011 é possível perceber certa incongruência entre a teoria e a prática em componentes da RUE. Foi possível apreender, ainda, que há uma forte centralidade na atenção hospitalar como porta de entrada nos serviços de saúde, por meio dos prontos-socorros de usuários em situações não urgentes ou em urgências de baixa gravidade. Esse entendimento foi reportado também na fala do participante (P-20).

As dificuldades começa porque [...]a gente atende muitos pacientes ambulatoriais[...] isso dificulta muito o serviço, porque quando chega uma emergência [...] o hospital está cheio de pacientes que não deveriam estar ali [...]Era para estar vazio, pra atender só urgência e emergência de média e alta complexidade. [...] Isso dificulta, tem ainda a questão dos postos que não funcionam, então os pacientes vem pra cá (P-20/Pronto-

socorro/Sala de estabilização/Sala de trauma/Emergência pediátrica-HGPV).

Aliada a essa dificuldade, reforça-se a falta de critérios de profissionais médicos da central de regulação do SAMU ao realizar o encaminhamento dos usuários. Nesse sentido, evidencia-se que os participantes compreendem que o próprio componente SAMU pode estar sendo colaborador nesse processo de centralizar as ações em saúde ao hospital, ao passo em que deveria fazer mais orientações ou encaminhamentos para outros pontos da RUE.

[...] o problema que a gente tem é que o Samu é porta aberta [...] o Samu [...] o próprio sistema já é assim, o próprio projeto foi criado dessa forma para trazer o paciente, porque de qualquer forma é regulado pelo médico [...] (P-21/Pronto-socorro/Sala de trauma-HGPV)

A decisão de referenciar o usuário, desnecessariamente, para o hospital pode contribuir para a superlotação dos prontos-socorros e, conseqüentemente, interferir na qualidade da assistência.

[...] a dificuldade nossa é a quantidade de pessoas que nós assistimos dentro de uma unidade dessa, é surreal para uma quantidade de profissionais [...] a maior dificuldade [...] é a quantidade de pacientes encaminhados para essa instituição [...] (P-21/Pronto-socorro/Sala de trauma-HGPV)

[...]mas a gente vê ainda a questão da superlotação que ainda dificulta a assistência de qualidade para os pacientes que realmente são classificados como urgente ou de situação de emergência (P-32/UTI-HGPV)

De acordo com o Ministério da Saúde a regulação das urgências deve considerar a necessidade do cuidado imediato dos usuários com quadro clínico agudo, provendo o acesso aos recursos necessários, mediante uma grade de referência pactuada e qualificada a partir da disponibilidade do suporte necessário ao usuário (Brasil, 2016).

Dentre os objetivos das centrais de regulação, destaca-se que o médico regulador deverá julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida, enviando os recursos necessários ao atendimento, ponderando as necessidades e as ofertas disponíveis, definindo e acionando o estabelecimento ou serviço de destino do paciente, além de

informá-lo sobre as condições e previsão de chegada, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento (Brasil, 2016).

Nesse particular, os profissionais das centrais de regulação devem ter conhecimento acerca dos protocolos de regulação do acesso, dos critérios de encaminhamentos, dos fluxos de acesso aos serviços de saúde, da classificação de risco e vulnerabilidade, bem como, da priorização dos casos. Portanto, é necessário que esses profissionais participem de programas de capacitação permanente de trabalhadores da saúde (Brasil, 2016).

Emergiu também dificuldade relacionada à falta de compartilhamento do cuidado aos usuários quando se deslocam entre os componentes da RUE, notadamente no SAD e na atenção básica. Os relatos revelaram que, por vezes, não há o compartilhamento com a atenção básica do cuidado aos usuários assistidos pelo SAD. Entretanto, essa é uma questão que diverge das propostas definidas na Portaria nº 825/2016 que redefine a atenção domiciliar no SUS, tendo em vista que no Art. 19, parágrafo § 3º fica estabelecido que, durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD, cabe à equipe de atenção básica compartilhar o cuidado, participando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) daquele usuário (Brasil, 2016).

Muitas das dificuldades percebidas pelos participantes deste estudo se assemelham ao que é relatado na literatura. Assim sendo, os componentes da RUE possuem características inerentes: o acesso irrestrito dos serviços de urgência e emergência; o número excedente de usuários nos prontos-socorros; a diversidade da natureza clínica dos usuários que variam desde pacientes estáveis até aos casos críticos; a descontinuidade do cuidado; o desconhecimento da população, quanto à função do SAMU (Luchtemberg; Pires, 2017; Spagnuolo, 2017; Almeida, 2016; Soares; Scherer; O'Dwyer, 2015).

O quantitativo reduzido de profissionais em componentes da RUE também foi revelado.

O quantitativo de nutricionista que é muito pouco ainda [...]E acaba que você não dá assistência ao paciente, que você deveria [...] (P-12/ Pronto-socorro/Unidade de terapia intensiva/Sala de estabilização/Sala de trauma/Emergência Pediátrica-HGPV)

*[...] a dificuldade é que falta técnico de enfermagem, médicos [...]
(P8-SAMU)*

Dificuldade [...] é o efetivo da área da enfermagem que ainda não é adequado para o número de pacientes que a gente tem recebido (P-16/ACCR-HGPV)

[...] a dificuldade maior é a questão da falta de profissional [...]nem todas as áreas tem os profissionais, a gente teve ausência de cirurgiões, que a gente tinha uma dificuldade grande de cobrir o plantão, porque a uma unidade de Urgência e Emergência não pode ficar sem cirurgião geral, então teve um momento que os cirurgiões plantonistas tiveram problemas de saúde e tiveram que se afastar do setor [...] (P-05/gestor)

Corroborando com o que ocorre nessa realidade, outros estudos (Scolari et al., 2018; Silva, Andrade; Bosi, 2014; Dubeux; Freese; Felisberto, 2013) realizados em diferentes cenários apresentaram um panorama que também apontou a insuficiência de recursos humanos.

Outras dificuldades mencionadas pelos participantes, dizem respeito às condições de trabalho para os profissionais e, à possibilidade de manifestação de agravos em virtude das condições de trabalho inadequadas. Nessa medida, foi relatada a falta de equipamentos de proteção individual (EPI's), a dificuldade de subir na ambulância devido à altura da mesma e problemas de assistir ao usuário em domicílio.

[...] uma dificuldade grande [...] é a questão da condição de trabalho [...] (P-42/SAMU)

A dificuldade é [...]a falta de EPI's para o atendimento. (P-44/Pronto-socorro/sala de estabilização-HGPV)

[...] Acho que falta mais o cuidado em relação a proteção do profissional em relação às doenças infectocontagiosas dentro da unidade (P-12/Pronto-socorro/Unidade de Terapia Intensiva/Sala de estabilização/Sala de trauma/Emergência Pediátrica -HGPV)

[...] eu tenho dificuldade em subir na ambulância, é muito alta, tanto que eu estou com problema no ciático devido isso (P7-SAMU)

[...]tem a dificuldade em prestar assistência [...] geralmente são domicílios bem diferentes, [...] então a gente pega desde casa que é chão de terra, até casas muito boas [...] às vezes é uma casa muito pequenininha que não tem um banheiro dentro da casa, a gente tem que prestar assistência, por exemplo, para fazer um curativo na cama (refere-se ao paciente acamado), cama baixa, não é um leito hospitalar. Dificulta! (P-30/SAD)

Segundo Silva et al. (2011) as condições de trabalho são constituídas por um conjunto de fatores interdependentes que, direta ou indiretamente, atuam na qualidade de vida de quem trabalha, bem como, nos resultados obtidos por eles.

Nesse sentido, sabe-se que os profissionais de saúde estão vulneráveis a diferentes riscos ocupacionais. O risco ocorre quando há possibilidade de algum elemento ou situação que, quando presente no ambiente ou no processo de trabalho, seja capaz de ocasionar danos à saúde, seja por doença, acidente, sofrimento ao trabalhador ou por poluição ambiental (Loro et al., 2014).

Nos relatos apresentados, os participantes enunciaram a possibilidade de estarem expostos a riscos biológicos e ergonômicos. Achados semelhantes foram encontrados na literatura em diferentes estudos (Sousa; Souza; Costa, 2014; Silva et al., 2011).

Quanto aos riscos presentes na assistência domiciliar, outro estudo aponta que são semelhantes aos hospitalares. Contudo, nos domicílios prevalecem algumas dificuldades como o próprio espaço destinado à prestação de cuidados, a iluminação e a disponibilidade de recursos materiais (Cordeiro et al., 2016).

Os participantes citaram, ainda, a falta de EPI's em componentes da RUE. Sobre essa questão, Loro et al. (2016) chamam a atenção para a necessidade e importância do uso dos dispositivos de segurança para o desenvolvimento de ações em saúde, pois atuar no âmbito da urgência e emergência implica em desempenhar atividades em ambientes de imprevisibilidade, incertezas, onde os usuários, na maioria das vezes, não possuem diagnóstico definido.

Associada às questões dos riscos ocupacionais, foi revelado que durante a assistência à saúde dos usuários, os profissionais podem estar expostos a violência física, deixando-os em situações de vulnerabilidade.

[...] o paciente que vem para a porta do hospital ele quer ser atendido de qualquer jeito ou ele quebra a porta [...] como já aconteceu de quebrar e de colega tomar murro nas costas [...] (P05-Gestor).

[...] em determinadas ocorrências de PAF (se refere a Perfuração por arma de fogo) ou PAB (se refere a perfuração por arma branca) [...] muitas vezes tem aglomerações e o agressor está no local, então [...] a equipe fica vulnerável [...] já tivemos momentos, não digo por experiência própria, mas a gente sabe de ocorrências de outros colegas [...] que o agressor estava no

local e [...] terminou de matar o paciente [...] então, expõe muito. Tem também as ocorrências de madrugada em determinadas regiões da cidade [...] extremamente perigoso. E isso [...] também se torna uma dificuldade, às vezes a viatura da polícia não tá no local, então você fica vulnerável [...] (P-43/SAMU).

O problema da violência física relatado durante os atendimentos em componentes da RUE não se trata de um fato isolado, visto que Loro et al., (2016) corroboram ao afirmarem que os serviços que atendem urgência e emergência possuem características que lhes são peculiares, como: pacientes em risco de morrer e a presença de familiares inseguros e aflitos com a situação em busca de respostas imediatas e, quando não atendidas, podem extravasar sua ansiedade e angústia através da agressão física, psicológica e verbal.

Destaca-se que a atuação do profissional de saúde fora do ambiente hospitalar pode potencializar os riscos ocupacionais e a possibilidade de ocorrência de alterações físicas e psíquicas, tendo em vista o elevado grau de complexidade das funções executadas, as responsabilidades do conhecimento técnico e científico, o ritmo acelerado, as condições inapropriadas de trabalho e o cenário imprevisível (Nascimento; Araújo, 2017).

Categoria 2 - Facilidades experienciadas por profissionais de saúde e gestores atuantes na Rede de Atenção às Urgências e Emergências

A presente categoria trata das facilidades mencionadas nos depoimentos de profissionais de saúde e gestores atuantes em componentes de uma RUE. O processo de inclusão do componente Unidade de Ponto Atendimento (UPA) na RUE de Jequié/BA foi apontado como uma facilidade. E, ainda, foi destacada a boa integração entre três componentes (SAMU, UPA e HGPV) da RUE. Tal achado, de certo modo, difere do revelado na categoria dificuldades, quando os depoimentos apontam que há desarticulação entre os componentes da RUE.

A nossa Rede de Urgência e Emergência de Jequié [...] está começando a ser estruturada [...] com a chegada da UPA e com a ampliação do Prado Valadares ela tende a si encorpar ainda mais [...] nós trabalhamos numa integração muito boa, a UPA, o SAMU e o Prado Valadares [...] temos que trabalhar unidos [...] nós não temos problemas em nenhum componente da rede, nós

conseguimos fazer com que [...] tenhamos um [...] contato muito bom, um dinamismo [...] (P-01/Gestor)

[...] a UPA ajudou muito a emergência, ela atende a urgência e atende também alguns casos de emergência dentro [...] do nosso ciclo, então ela dá esse suporte pra gente, que conseguiu desafogar a emergência [...] na UPA eles atendem alguns casos amarelos, uns verdes e alguns vermelhos também, quando eles observam que o paciente ele não consegue ter uma evolução favorável, eles transferem para gente (P03/Gestora)

[...] A UPA é uma facilidade [...] muitas vezes a gente chegou [...] a acolher clientes [...] com pulseirinha da UPA, que fez atendimento lá [...] hoje é muito difícil ter entrada verde (se referindo a pacientes com classificação de risco urgência relativa) aqui, mas a unidade lá não tem [...] uma tomografia, tem que trazer pra cá [...] se for necessário, lá eles trazem porque não tem como internar lá, então traz pra internar aqui, então essa parceria é muito boa (P-24/Pronto-socorro/Emergência Pediátrica-HGPV)

Quanto à inserção da UPA na RUE de Jequié/BA como fator facilitador, acredita-se que, de fato, um componente dessa magnitude tende a qualificar a assistência prestada aos usuários do SUS. As UPA's compõem a rede organizada de atenção às urgências e emergências, sendo um serviço de complexidade intermediário entre a atenção básica e a rede hospitalar, deve atuar com pactos e fluxos previamente definidos, a fim de garantir o acolhimento dos usuários, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos da rede de atenção à saúde de acordo a necessidade (Brasil, 2013).

Outra facilidade declarada nas falas dos participantes, diz respeito à disponibilidade de exames complementares diagnósticos e tratamentos de alta complexidade.

[...] a facilidade é que a gente estar recebendo [...] Novos exames [...] Podemos fazer uma tomografia aqui dentro, uma ressonância [...] (P-16/ACCR-HGPV)

A facilidade que nós temos ressonância, [...]tomografia, [...]eletro, [...]laboratório, [...]cirurgião, [...] neurocirurgião [...] (P-35/UTI-HGPV).

A facilidade apontada pelos participantes no que tange à disponibilidade de recursos diagnósticos terapêuticos de alta complexidade pode ser vista como uma potencialidade que auxilia na assistência prestada ao usuário. Contudo, é importante trazer à discussão que, mesmo nesses cenários, os profissionais de saúde precisam, necessariamente, lançar mão de tecnologias leves, estando atentos para que a centralidade de suas ações não esteja ligada apenas às tecnologias duras. Nem sempre os cuidados em saúde serão resolutivos somente com grandes avanços tecnológicos, é necessário que haja qualidade nas relações interpessoais e comunicação efetiva entre os atores que convivem nos cenários de assistência à saúde (Cielo; Camponogara; Pilon, 2013).

As tecnologias em saúde são classificadas em três categorias: a tecnologia dura que está relacionada aos equipamentos tecnológicos, às normas, às rotinas e às estruturas organizacionais; a tecnologia leve-dura que envolve todos os saberes, bem estruturados no processo de saúde e a tecnologia leve que diz respeito às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização (Merhy, 1997).

Ainda que as categorias tecnológicas se inter-relacionem, é preciso ter atenção para que não prevaleça a lógica do ‘trabalho morto’, aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados (Silva; Alvim; Figueiredo, 2008). Mais que isso, o ser humano ao ser assistido nos serviços de saúde, necessita das tecnologias de relações, de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, ou seja, das ‘tecnologias leves’ (Silva; Alvim; Figueiredo, 2008; Merhy, 1997).

A outra facilidade relatada pelos participantes é o empenho da equipe em componentes da RUE. Foi destacada a equipe de enfermagem, como resolutiva e comprometida. Os depoimentos expressaram, ainda, que os profissionais sentem-se orgulhosos e seguros em atuar junto a outros, que compartilham conhecimentos.

[...]o que facilita nosso trabalho é quando vemos o empenho da equipe para o reestabelecimento da saúde do paciente [...] (P-44/Pronto-socorro/Sala de estabilização-HGPV)

[...] facilidades [...] é essa equipe de enfermagem daqui, uma equipe resolutiva, comprometida, então assim [...] fico muito orgulhosa, fico segura de trabalhar com os profissionais que eu trabalho na maioria, dos profissionais daqui, a gente tem uma troca bem legal de conhecimento [...] (P-21/Pronto-socorro/Sala de trauma-HGVP)

[...] a facilidade é [...] a gente tem uma equipe boa de enfermeiros que realmente são comprometidos, que estão à frente do processo[...] (P-21/Pronto-socorro/Sala de trauma-HGPV)

A literatura sinaliza o quanto é importante o comprometimento e a determinação de todos os envolvidos nos serviços de saúde, a fim de buscar a melhoria e a consolidação da assistência à saúde, independentemente dos desafios a serem enfrentados (Torres; Belisário; Melo, 2015). Assim, vê-se a necessidade da qualificação dos profissionais de saúde que atuam nas urgências e emergências, por meio da formação continuada e permanente, a fim de garantir a prestação efetiva de cuidados (Soares; Scherer; O'Dwyer, 2015; Cielo; Camponogara; Pillon, 2013).

Sendo a equipe de enfermagem a que passa mais tempo junto aos usuários e seus familiares/acompanhantes, essa equipe torna-se o elemento mobilizador das ações do cuidado (Cielo; Camponogara; Pillon, 2013), visto que consegue se comunicar com os usuários e os demais profissionais de saúde.

Desse modo, pode-se inferir que o fato da equipe de enfermagem ter sido mencionada neste estudo como resolutiva e comprometida, se deve ao poder de comunicação que o(a) enfermeiro(a) desenvolve ou deve desenvolver junto à sua equipe e, com os demais profissionais, objetivando promover a melhor organização do trabalho e uma assistência de qualidade (Cielo; Camponogara; Pillon, 2013).

Com base nos relatos, observou-se que há, entre os profissionais, um bom relacionamento interpessoal. Além disso, ficou demonstrada a satisfação pela escolha profissional.

[...] a facilidade é o trabalho em equipe, é o nosso esforço enquanto equipe, o gostar do que faz [...] e a gente tem uma equipe [...] que gosta do que faz [...] (P7-SAMU)

A facilidade é o [...] fato de você gostar, [...] de você poder dar a condição, poder ajudar essa pessoa nesse momento difícil, você se sente bem [...] (P-42/SAMU)

[...] assim, eu gosto do setor [...] então eu acho que esse gostar, facilita [...] (P-16/ACCR-HGPV)

O labor na área da saúde é um trabalho especial de cuidado humano e é, predominantemente, desenvolvido como um trabalho coletivo (Lima et al., 2014), visto que há a interação de uma equipe multiprofissional, usuários e seus familiares. A

satisfação e/ou insatisfação no trabalho em saúde gera implicações na saúde dos profissionais e nos resultados da assistência prestada (Lima et al., 2014).

O trabalho em equipe foi apontado também como fator facilitador em outros cenários da área da saúde. O estudo de Ximenes Neto (2016) evidenciou que a boa dinâmica relacional no trabalho é fundamental para o adequado desenvolvimento do processo da assistência. Por isso, a prática intra/interequipe da mesma categoria e o trabalho com outros profissionais privilegiam relações amistosas e a interatividade com o outro, sendo uma maneira de alcançar objetivos comuns (Ximenes Neto, 2016).

Portanto, ambientes em que há um relacionamento harmonioso entre os profissionais e em que os trabalhadores sentem-se satisfeitos com o papel desenvolvido contribuem para uma assistência de qualidade.

Considerações finais

O objetivo deste estudo foi alcançado e apresentado nos relatos dos profissionais de saúde e gestores, através de duas categorias: uma relacionada às dificuldades e outra às facilidades.

A dissonância observada entre a teoria das políticas públicas para RUE e o cotidiano dos profissionais e gestores foi revelada na falta de articulação entre os componentes da RUE, sendo: a descontinuidade da assistência à saúde dos usuários, a superlotação do componente hospitalar com usuários que deveriam ser assistidos no nível ambulatorial, a falta de critérios de alguns profissionais médicos na central de regulação, o quantitativo deficiente de profissionais, com destaque para a equipe de enfermagem e as condições de trabalho que, por vezes, expõe os profissionais aos riscos ocupacionais.

Por outro lado, os profissionais de saúde e gestores destacaram aspectos favoráveis à inclusão da UPA na RUE estudada, como: a integração entre os componentes SAMU-UPA-HGPV, a disponibilidade de exames complementares diagnósticos e de tratamento de alta complexidade, o empenho dos profissionais, especialmente, os de enfermagem, o bom relacionamento interpessoal entre os profissionais e a satisfação profissional.

Para os componentes da RUE investigados, é necessário rever a falta de articulação, a descontinuidade da assistência, as atribuições de cada componente e o fluxo entre os serviços, a fim de possibilitar melhor qualidade na assistência aos usuários em

situação de urgência e emergência, de acordo com o que é normatizado na Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.

Destaca-se como limitação deste estudo, a não inclusão de profissionais e gestores do componente UPA, devido à não anuência desse serviço em participar desta investigação, apesar de ter sido convidado.

Reforça-se a pertinência e a importância da realização de novos estudos acerca das dificuldades e facilidades para atuar em componentes da RUE, com vistas a contribuir com a superação dos desafios e, a alcançar melhorias na qualidade da assistência prestada.

Referências

ALMEIDA, P. M. V. DE et al. Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care network. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 20, n. 2, p. 289–295, 2016.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Protocolo Estadual de Classificação de Risco**. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2014. 54 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 07 jul. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_regulacao_SUS_1ed_eletronica.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes

habilitadas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 abr. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 25 jan. 2019.

CARVALHO, M.F.A.A.; COELHO, E.A.C.; OLIVEIRA, J.F.; ARAÚJO, R.T.; BARROS, A.R. Uncoordinated psychosocial network compromising the integrity of care. *Rev Esc Enferm USP*, v. 51:e03295, p. 1-7, 2017.

CIELO, C.; CAMPONOGARA, S. PILLON, R.B.F. The communication in health care in an Urgency and Emergency unit: experience report. *J Nurs Health*, v.3, n. 2, p. 204-12. 2013.

CORDEIRO, F. J. C. et al. Acidentes ocupacionais com profissionais de enfermagem de um serviço de atenção domiciliar do interior paulista. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, v. 18:e1175, 2016.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 345-69, 2013

LAMOTHE, L. SYLVAIN, C.; SIT, V. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. *Sante Publique*, v. 27(Supl. 1), p. 129-35, 2015.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.867-74, 2011.

LIMA, L.; PIRES, D.E.P.; FORTE, E.C.N.; MEDEIROS, F. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014

LORO, M. M.; ZEITOUNE, R. C. G.; GUIDO, L. A.; SILVA, R. M.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. Riscos ocupacionais e a saúde do trabalhador de enfermagem – buscando evidências. *J. res.: fundam. care. Online*, v. 6, n. 4, p. 1610-21, 2014.

LORO, M. M.; ZEITOUNE, R.C.G.; GUIDO, L. D. A.; SILVEIRA, C. R.; SILVA, R.M. DA. Desvelando situações de risco no contexto de trabalho da Enfermagem em serviços de urgência e emergência. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 20, n. 4, p. 1-8, 2016

LUCHTEMBERG, M.N.; PIRES, D.E.P. Trabalhar no SAMU: facilidades e dificuldades para realização do trabalho dos enfermeiros em um Estado da Região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Públ.*, v. 10, n. 1, p. 31-45, 2017.

MENDES, E.V. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *Práxis em salud um desafio para lo público*. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MORAIS, A.S.; MELLEIRO, M.M. The quality of nursing care at an emergency unit: the patient's perception. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 15, n.1, p. 112-20, 2013.

NASCIMENTO, M. O.; ARAÚJO, J. F. Riscos Ocupacionais dos Profissionais de Enfermagem atuantes no SAMU 192. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, v.10, n. 33, p. 212-23, 2017.

OLIVEIRA J.L.C.; GABRIEL, C.S.; FERTONANI, H.P.; Matsuda, L.M. Management changes resulting from hospital accreditation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.25:e2851, 2017.

SCOLARI, G.A.S.; RISSARDO, L.K.; BALDISSERA, V.D.; CARREIRA, L. Emergency care units and dimensions of accessibility to health care for the elderly Unidades de pronta atención y las dimensiones de acceso a la salud del anciano. *Rev Bras Enferm* [Internet]. v. 71(suppl 2), p. 864-70, 2018.

SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v.12, n. 2, p. 291-8, 2008.

SILVA, L.A. da et al. Enfermagem do trabalho e ergonomia: prevenção de agravos à saúde. *Rev. enferm. UERJ*, v.19, n.2, p.317-23, 2011.

SILVA, M.Z.N. da; ANDRADE, A.B. de; BOSI, M.L.M. Access and user embracement in prenatal care through the experiences of pregnant women in Primary Care. *Saúde Debate*, v. 38, n. 103, p. 805-16, 2014.

SIQUEIRA, J. E. de. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? SUS. *O Mundo da Saúde*, v. 37, n.1 p.56-64, 2013.

SOARES, E. P.; SCHERER, M.D.A.; O'DWYER, G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região centro-oeste. *Saúde debate* v. 39, n. 106, p. 616-26, 2015.

SOUSA, A. T.O. DE; SOUZA, E.R. DE. COSTA, I.C.P. Riscos ocupacionais no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: produção científica em periódicos online. *Revista Brasileira de ciências da Saúde*, v. 18, n. 2, p. 167-74, 2014.

SPAGNUOLO, R.S.; SILVA, M.N.L.; MENEGUIN, S.; BASSETTO, J.G.B.; FERNANDES, V.C. Percepção dos usuários sobre a triagem com classificação de risco em um serviço de urgência de cabo verde. *Rev Bras Promoç Saúde*, v. 30, n. 2, p. 249-54, 2017.

TORRES, S. F. DE S.; BELISÁRIO, S.A.; MELO, E. M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais : um estudo de caso. *Saúde Soc.*, v.24, n.1, p.361-73, 2015.

UCHIMURA, L.Y.T.; VIANA, A. L. D'A. SILVA, H.P.; IBAÑEZ, N. Unidades de Pronto Atendimento (UPA's): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde Debate*, v. 39, n. 107, p. 972-83, 2015.

XIMENES NETO, F.R.G. et al. Necessidades de qualificação, dificuldades e facilidades dos técnicos de enfermagem na estratégia saúde da família. *SANARE*, v.15 n.01, p.47-54, 2016.

Contribuição das autoras:

Constâncio concebeu o estudo, coletou, analisou e discutiu os resultados e refinamento do artigo. Nery concebeu o estudo, contribuiu com o refinamento e a revisão final do artigo

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo, mediante a utilização das abordagens quantitativa e qualitativa, fundamentado no referencial teórico de Donabedian, centrado nas dimensões da tríade estrutura, processo e resultados, permitiu avaliar a qualidade da assistência à saúde na RUE de Jequié/BA, sob a ótica de usuários, profissionais de saúde e gestores.

A análise dos dados quantitativos possibilitou caracterizar o perfil de usuários atendidos na RUE investigada, onde predominou o sexo masculino (66,8%), adultos (81,2%), com idade média de 42,4 anos, o atendimento por urgência relativa (42,6%), estando os usuários em observação (59,1%), tendo procurado o componente da RUE por conta própria (70,9%). Além disso, foi realizada a avaliação da qualidade da assistência em componentes da RUE, por meio da comparação dos serviços, nas dimensões da tríade donabediana (estrutura, processo e resultado), na visão de usuários. Houve significância estatística em todas as dimensões ($p < 0,05$), sendo o componente pronto-socorro do HGPV aquele que apresentou melhor qualidade da assistência para todas as dimensões avaliadas.

A abordagem qualitativa permitiu compreender as convergências e divergências quanto a percepção de profissionais de saúde e gestores sobre a qualidade da assistência prestada em componentes da RUE, nas dimensões de estrutura, processo e resultado.

Na dimensão de estrutura, a infraestrutura foi avaliada como sendo ruim ou não adequada. A ausência de equipamentos e a realização de capacitações para os profissionais de saúde é uma realidade divergente entre os diferentes componentes da RUE. Foi apontada a falta de medicamentos, materiais e insumos, contudo, os participantes consideraram que a assistência aos usuários é garantida.

A dimensão de processo foi avaliada de modo positivo, entretanto, os participantes relataram a ocorrência do retorno de usuários aos serviços após o primeiro atendimento devido complicações ortopédicas, a falta de continuidade do cuidado e a superlotação dos serviços de urgência/emergência com casos não graves. Além disso, houve divergência em relação a visão do relacionamento interpessoal entre profissional-usuário.

A dimensão de resultado foi avaliada de modo divergente sendo qualificada como excelente até defasada, os resultados positivos se deve, na maioria das vezes, ao esforço dos profissionais.

O estudo possibilitou analisar dificuldades e facilidades vivenciadas cotidianamente por profissionais de saúde e gestores em componentes da RUE. Foi

revelada a falta de articulação entre os componentes da RUE; descontinuidade da assistência à saúde dos usuários; superlotação do componente hospitalar com usuários que deveriam estar sendo assistidos no nível ambulatorial; falta de critérios dos profissionais médicos na central de regulação; quantitativo deficiente de profissionais, com destaque para equipe de enfermagem; e, condições de trabalho que, por vezes, expõe os profissionais aos riscos ocupacionais.

Os profissionais de saúde e gestores relataram a inclusão da UPA como sendo um aspecto favorável para o atendimento na RUE; a integração entre os componentes SAMU-UPA-HGPV; a disponibilidade de exames complementares diagnósticos e de tratamento de alta complexidade; o empenho dos profissionais, especialmente, os de enfermagem; o bom relacionamento interpessoal entre os profissionais; e a satisfação profissional.

Os resultados revelaram a necessidade de articulação entre os serviços, continuidade da assistência aos usuários entre os componentes da RUE, a revisão das atribuições de cada componente e o fluxo entre os serviços, a fim de possibilitar melhor qualidade na assistência aos usuários em situação de urgência e emergência, de acordo ao que é regulamentado na PNAU.

Embora este estudo tenha sido desenvolvido em um contexto específico, o que configura-se como limitação da pesquisa, avança na construção do conhecimento ao avaliar a qualidade da assistência no âmbito da RUE e não somente nos serviços de modo fragmentado.

Destaca-se ainda como limitações do estudo a não inclusão de usuários, profissionais e gestores do componente UPA, devido a não anuência deste serviço em participar do estudo e a não inclusão do componente Atenção Básica, uma vez que o plano de ação regional da rede de atenção às urgências da microrregião de Jequié/BA encontrava-se em fase de elaboração.

Por fim, ratifica-se a complexidade que envolve a avaliação da qualidade da assistência à saúde em componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, o que requer aprofundamento em futuros estudos, visto que poderão contribuir com a melhoria da qualidade do atendimento, a prática profissional, a organização e gestão da rede. E ainda, pode ser um caminho para a reflexão de como a RUE está sendo implantada e implementada nos diferentes contextos, dentro do território nacional.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, M.A.; CALLEGARO, G.D.; ERDMANN, A.L. Relações de "não cuidado" de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? **Esc Anna Nery**. v.15, n. 1, p. 116-23, 2011.

BAHIA. Comissões Intergestores Bipartite. **Resolução nº 218/2013**. Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências da Macrorregião Sul do Estado da Bahia, Regiões de Saúde de Valença, Ilhéus, Itabuna e Jequié. Salvador, 2013.

BOSI, M. L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**. v. 41, n. 1, p.150-3, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Seção II da Saúde. Senado, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.864 de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.657 de 16 de dezembro de 2004**. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699 de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 30 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. **Curso de auto aprendizado**: Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **RDC 36 de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 de julho de 2013b
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.
Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.208 de 25 de outubro de 2013**. Habilita o Hospital Geral Prado Valadares, com sede em Jequié (BA), como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Estabelecimento de Saúde do Município:**

Jequié/BA. Disponível

em:<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=2918002400693>.

Acesso em: 20 dez. 2018.

CAMPOS, R.T.O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-64, out., 2014.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. (Orgs.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 189-231.

CASTELLANOS, P.L. **Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação**. 2002.128p. Dissertação. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2002.

CHAMPAGNE, F. et al. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; et al. avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**. v. 78, p. 98-104, 1993.

COSTA, D. B. **Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares**. 2014. 97p. Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2014.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. **The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis**. Michigan: Health Administration Press, 1985.

DONABEDIAN, A. **The quality of care**. How can it be assessed? **JAMA**. v. 260, n.12, p.1743-8, 1988.

DONABEDIAN, A. La qualità dell'assistenza sanitaria. **Nuova Italia Scientifica**. Roma, 1989.

DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**. v.114, n.11, p.1115-8, 1990.

- DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K.L; FRANK, J. (Org.). **Investigaciones sobre serviços de salud: una antologia**. Washington, (DC): OPAS. 282-404, 1992.
- DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University. Press, 2003.
- FRIAS, P. G. et al. Atributos da qualidade em Saúde. In: SAMICO, I. et al. (org). **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, p. 43-55.
- FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (org). **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro, MedBook, 2010; p. 1-13.
- SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. Abordagens metodológicas na Avaliação em saúde. In: SAMICO, I. et al. (org). **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro, MedBook, 2010; p. 15-28.
- FURLAN, C.E.F.B. **Avaliação da qualidade do atendimento hospitalar: o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes**. Tese (Doutorado). 2011, p. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, São Paulo, 2011.
- ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**. v.22, n.6, p.1267-76, 2006.
- GOMIDE, M.F. et al. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. **Revista USP. Medicina (Ribeirão Preto)**. v.45, n.1, p. 31-8, 2012.
- GOMIDE, M.F.S.; PINTO, I.C.; FIGUEIREDO, L.A. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paul Enferm**. v. 25, n.2, p.19-5, 2012.
- HARTZ, Z.M.A. **A avaliação na área da saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.
- IOM. Institute Of Medicine. **Medicare: A strategy for quality assurance**, v.1, Washington: National Academies Press, 1990.
- JORGE, V.C. et al. Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em pacientes de pronto-socorro. **Esc Anna Nery**. v.16, n. 4, p. 767-74, 2012.
- KUSCHNIR, R. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: OLIVEIRA, R.G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W.V. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2009.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.867-74, 2011.

- MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.52, p.15-37, 2014.
- MARTINS, M. **Qualidade do cuidado em saúde**. In: SOUSA, P.; MENDES, W., orgs. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. Vol. 1, pp. 24-38. ISBN: 978-85-7541-595-5.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-305, 2010.
- MENDES, E.V. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.
- MORAIS, A.S.; MELLEIRO, M. M. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. Goiânia, GO, v. 15, n. 1, p.112-20, jan./mar., 2013.
- MORAIS, A.S. **A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência de adultos: a percepção do usuário**. 2009. 120p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- MOREIRA, K. S.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. M. Qualidade da Atenção Básica: avaliação das Equipes de Saúde da Família. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 117-27, 2016.
- NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública**. v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.
- NUNNALLY, J.C.; BERNSTEIN, I.H. **Psychometric theory**. 3rd Ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
- OLIVEIRA, N.R.C. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2016.
- OLIVEIRA NETO, A.V.; DIAS, M.B. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente**. Más que palabras. 2009.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Redes Integradas de Servicios de Salud**. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC, 2010.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. London, p.11-31, 2011.

PASQUALI, L. **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida. Instituto de Psicologia. UNB: INEP Brasília, 1996.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, p.992-9, 2009. (Edição especial)

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis., RJ: Vozes, 2017.

PENA, M. M. **Análise do grau de satisfação de usuários de um hospital universitário privado: uma abordagem multissetorial**. 2010. 108p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PERTENCE, P. P. MELLEIRO, M.M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm USP**. v. 44, n. 4, p. 1024-31, 2010.

PILATTI, L.A.; PEDROSO, B. GUTIERREZ, G.L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. **Rev Bras Ensin Cienc Tecnol**. v. 3, n. 1, p. 81-91, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. In: SAMICO, I. et al. (org). **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, p. 15-28.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. v. 85, p. 65-82, 2009.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Health Evaluation: problemas and perspectives. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, P. L.; Paiva, L.; FARIA, V.B.; OHL, R.I.B.; CHAVAGLIA, S.R.R. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. **Rev Esc Enferm USP**. v.50, n.3, p. 427-32, 2016.

SILVA, R.R.; GASPARINI, M. F.V.; BARBOZA, M. Avaliações sob medida – produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p. 11-27.

SIMÕES E SILVA, C.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES, A.; ÉVORA, Y.D.M. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 30, n. 2, p. 263-71, 2009.

SOUZA, N. S. **Programa humanizar, da admissão à alta hospitalar:** unidade pediátrica do Hospital Geral Prado Valadares. Jequié/BA, 2016.

TEIXEIRA, S.A. Avaliação dos usuários sobre o programa de saúde da família em vitória da conquista - Bahia - Brasil. In: FERNANDES, A.S.; SECLÉN-PALACIN, J.A. (Orgs.). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar:** Caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 73-101.

TIBÃES, H. B. B. **O trabalho cotidiano de profissionais de um serviço de atendimento móvel de urgência.** 2017. 223p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de enfermagem, Belo Horizonte, 2017.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p. 1561-69, nov-dez, 2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública.** v. 43, n. 3, p.548-54, 2009.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS
USUÁRIOS DO SUS**

Conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Prezado (a) senhor(a),

Sou Tatiane Oliveira de Souza Constâncio e estou realizando, juntamente com a professora doutora Adriana Alves Nery da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), o estudo “*Avaliação da qualidade da assistência à saúde na Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia*”. Convidamos o (a) senhor(a) a participar da nossa pesquisa, que tem como objetivo geral: avaliar a qualidade da assistência à saúde na Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia. Este estudo poderá contribuir na possibilidade de que, após seus resultados, verificaremos se ações da rede de urgência e emergência de Jequié/BA alcançam a qualidade desejada pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao concordar em participar da pesquisa, o(a) senhor(a) estará à disposição para responder as perguntas por meio dos formulários. Este estudo não prevê riscos para a sua integridade física, mental ou moral. Entretanto, se alguma questão lhe causar desconforto, constrangimento ou incômodo, fique à vontade para não responder a mesma. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo. Os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros e somente os pesquisadores responsáveis e colaboradores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a sua identificação não será revelada.

Caso o(a) senhor(a) aceite participar do estudo, o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido precisará ser assinado em duas vias, sendo que uma das vias ficará com o

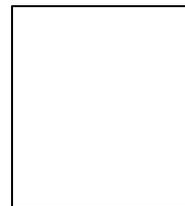
(a) senhor (a) e a outra será arquivada pelos pesquisadores por cinco anos, atendendo o que preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que possam surgir.

Consentimento para participação: Eu _____, estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido (a) quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido, envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício ou prejuízo econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “*Avaliação da qualidade da assistência à saúde na Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia*” desenvolvido por Tatiane Oliveira de Souza Constâncio, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Adriana Alves Nery, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome do Participante: _____



Polegar direito

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os possíveis desconfortos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

Jequié, Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador responsável:



Assinatura do Pesquisador colaborador:



Se o (a) senhor(a) sentir necessidade de mais informações sobre esta pesquisa, poderá entrar em contato com Tatiane Oliveira de Souza Constâncio ou Adriana Alves Nery no endereço da UESB, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, pelo telefone (73) 3528-9738, no Pavilhão Josélia Navarro, na sala do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde ou pelos e-mails: “tatiane2101@gmail.com” e “aanery@uesb.edu.br”. Ou pode ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, que se localiza no Pavilhão da Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional (CAP) na sala do CEP/UESB, pelo telefone (73) 3528-9727 ou pelo e-mail: cepjq@uesb.edu.br.

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES
E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Prezado (a) senhor(a),

Sou Tatiane Oliveira de Souza Constâncio e estou realizando, juntamente com a professora doutora Adriana Alves Nery da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), o estudo “*Avaliação da qualidade da assistência à saúde na Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia*”. Convidamos o (a) senhor(a) a participar da nossa pesquisa, que tem como objetivo geral: avaliar a qualidade da assistência à saúde na Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia. E como objetivos específicos: verificar a qualidade da assistência à saúde na Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia, sob a óptica dos usuários, nas dimensões da estrutura, processo e resultado; compreender a percepção de profissionais de saúde e gestores da Rede de Atenção às Urgências de um município-polo no interior da Bahia, quanto a qualidade da assistência dos serviços prestados aos usuários do SUS; e identificar os fatores intervenientes da qualidade da assistência na Rede de Atenção às Urgências de um município-polo no interior da Bahia, na perspectiva dos profissionais de saúde. Este estudo poderá contribuir na possibilidade de que, após seus resultados, verificaremos se ações da rede de urgência e emergência de Jequié/BA alcançam a qualidade desejada por estes. Com isso, auxiliaremos os gestores e profissionais de saúde com propostas de enfrentamento, reorganização e adequações que primam pela qualidade da assistência. Ao concordar em participar da pesquisa, o(a) senhor(a) estará à disposição para responder as perguntas por meio de uma entrevista. Este estudo não prevê riscos para a sua integridade física, mental ou moral. Entretanto, se alguma questão lhe causar desconforto, constrangimento ou incômodo, fique à vontade para não responder a mesma. Sua

participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo. Os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros e somente os pesquisadores responsáveis e colaboradores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a sua identificação não será revelada.

Caso o(a) senhor(a) aceite participar do estudo, o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido precisará ser assinado em duas vias, sendo que uma das vias ficará com o (a) senhor (a) e a outra será arquivada pelos pesquisadores por cinco anos, atendendo o que preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que possam surgir.

Consentimento para participação: Eu _____, estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido (a) quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido, envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício ou prejuízo econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “*Avaliação da qualidade da assistência à saúde na Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município-polo no interior da Bahia*” desenvolvido por Tatiane Oliveira de Souza Constâncio, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Adriana Alves Nery, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome do Participante: _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os possíveis desconfortos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

Jequié, Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador responsável:



Assinatura do Pesquisador colaborador:



Se o (a) senhor(a) sentir necessidade de mais informações sobre esta pesquisa, poderá entrar em contato com Tatiane Oliveira de Souza Constâncio ou Adriana Alves Nery no endereço da UESB, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, pelo telefone (73) 3528-9738, no Pavilhão Josélia Navarro, na sala do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde ou pelos e-mails: “tatiane2101@gmail.com” e “aanery@uesb.edu.br”. Ou pode ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, que se localiza no Pavilhão da Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional (CAP) na sala do CEP/UESB, pelo telefone (73) 3528-9727 ou pelo e-mail: cepjq@uesb.edu.br

APÊNDICE C: Formulário aplicado aos usuários – Caracterização sociodemográfica dos usuários do SUS assistidos nos componentes/serviços da RUE de Jequié/BA.

Formulário nº: _____

Data: ____/____/____

Horário de início: _____

Horário de término: _____

1.1 Dados sociodemográficos Paciente Acompanhante Internamento Observação

Nome do paciente: _____

Nome do acompanhante: _____

Classificação: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Endereço: Rua _____

Bairro: _____

Escolaridade: _____

Profissão/ocupação: _____

Componente/serviço em que está sendo assistido: _____

Setor em que está sendo assistido: _____

O(a) senhor(a) solicitou ambulância do SAMU para chegar até esta unidade? _____

Em caso afirmativo, a ambulância do SAMU demorou quanto tempo? _____

O(a) senhor(a) veio para este componente/serviço da RUE, encaminhado por outro serviço de saúde? _____ Se sim, qual? _____

Há quanto tempo o(a) paciente está neste serviço? _____

Qual o motivo que fez com que o(a) paciente procurasse este serviço?

Observações pertinentes:

Assinatura do responsável pela coleta de dados:

APÊNDICE D: Formulário ¹ aplicado ao usuário - Durante o período em que esteve ou está em uso de um dos componentes da Rede de Urgência e Emergência de Jequié/Ba, favor responder as frases a seguir:

FRASES	1	2	3	4	5
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo Nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. O local onde foi atendido era confortável.					
2. Foi tratado com respeito pela equipe de saúde.					
3. Os cuidados prestados pela equipe de saúde foram humanizados.					
4. O estado de conservação da unidade era precário.					
5. A equipe que lhe atendeu prestava os cuidados com segurança.					
6. A equipe de saúde cometeu erros ao prestar os cuidados.					
7. Faltaram equipamentos para seu atendimento.					
8. Os procedimentos eram realizados corretamente pela equipe de saúde.					
9. A equipe de saúde explicou os motivos pelos quais não poderia atender-lhe de imediato.					
10. Os banheiros eram limpos.					
11. Os profissionais de saúde que lhe atenderam chamavam-lhe pelo nome.					
12. Não foi informado sobre os serviços existentes que poderiam dar continuidade ao seu atendimento.					
13. Faltaram roupas para o seu atendimento.					
14. Esperou muito tempo pelo atendimento da equipe de saúde quando chegou à unidade.					
15. Observou melhora da sua saúde com os cuidados realizados pela equipe de saúde.					
16. Os profissionais de saúde eram capacitados.					

17. A equipe foi clara ao informar sobre seu problema de saúde.					
18. A equipe de saúde considerou sua opinião sobre o tratamento.					
19. Faltaram profissionais de saúde para o seu atendimento.					
20. A equipe de saúde realizou os exames prontamente.					
21. Em nenhum momento foi questionado se estava satisfeito com o atendimento.					
22. Foi fácil chegar à unidade de urgência/emergência.					
23. Os profissionais de saúde não se apresentavam antes de prestar os cuidados.					
24. O local onde ficou não permitiu sua privacidade.					
25. A equipe de saúde não explicou os procedimentos que realizou.					
26. A equipe de saúde ajudou-lhe a compreender seu estado de saúde.					
27. Percebeu que havia placas de sinalização, indicando os setores da unidade de urgência/emergência.					
28. A enfermagem explicou os critérios de classificação por cores para o atendimento na unidade.					
29. Percebeu que os usuários em situação grave eram atendidos com rapidez.					
30. Não permitiram que seu acompanhante permanecesse ao seu lado.					
31. A unidade dispunha de todos os medicamentos que necessitava.					
32. O profissional de saúde não utilizou luvas ao prestar os cuidados.					
33. O tratamento que recebeu pela equipe possibilitou uma					

rápida melhora do seu estado de saúde.					
--	--	--	--	--	--

¹Formulário adaptado do questionário de Morais (2009).

APÊNDICE E: Roteiro de entrevista semiestruturada – Profissionais de saúde que prestam assistência aos usuários da RUE de Jequié/BA.

Data: ____/____/____

Entrevista nº: ____

Horário de início: _____

Horário de término: _____

1.1 Dados sociodemográficos

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Profissão: _____

Componente/serviço em que trabalha na RUE de Jequié/BA: _____

Setor em que presta assistência aos usuários: _____

Anos de experiência profissional: _____

Anos de experiência na assistência à saúde, no âmbito da urgência: _____

Regime de trabalho: _____

Tipo de vínculo: _____

Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____

Se sim, qual(is): _____

1.2 Dados educacionais

Tempo de formação: _____

Participou de algum curso de atualização na área da urgência e/ou emergência?

Não () Sim ()

Se sim, quando? _____

Qual (is): _____

Nível de Qualificação: (especificar a área de formação)

() Nível técnico _____

() Graduação _____

() Especialização _____

() Mestrado _____

() Doutorado _____

() outros (especificar) _____

2. Questões norteadoras:

2.1 Em sua opinião o que significa assistência de qualidade, oferecida aos usuários do SUS, no âmbito da urgência e emergência?

2.2 Como o (a) senhor (a) avalia a **qualidade da estrutura** (recursos físicos, financeiros, instrumentos, organização, equipamentos, capacitação dos profissionais), **do processo** (a produção do cuidado propriamente dita, ou seja, a busca pelo diagnóstico, a terapêutica empregada, a relação estabelecida entre profissionais e usuários) e **dos resultados** (produto final da assistência) no componente da RUE em que você trabalha?

2.3 Qual (is) a dificuldade(s) e a (s) facilidade(s) em prestar assistência no componente/serviço da RUE em que você trabalha?

O (a) senhor (a) gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE F: Roteiro de entrevista semiestruturada grupo de gestores da RUE de Jequié/BA.

Data: ____/____/____

Entrevista nº: ____

Horário de início: _____

Horário de término: _____

1.1 Dados sociodemográficos

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Profissão: _____

Função que exerce na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do município de Jequié/BA: _____

Componente/serviço em que trabalha na RUE de Jequié/BA _____

Anos de experiência na área da saúde: _____

Anos de experiência na gestão em saúde: _____

Anos de experiência na RUE do município de Jequié/BA: _____

Regime de trabalho: _____

Tipo de vínculo: _____

Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____

Se sim, qual(is): _____

1.2 Dados educacionais

Tempo de formação: _____

Área de formação: _____

Participou de algum curso de atualização na área que está atuando na RUE?

Não () Sim ()

Se sim, quando? _____

Qual (is): _____

Nível de Qualificação: (especificar a área de formação)

() Nível técnico _____

() Graduação _____

() Especialização _____

() Mestrado _____

() Doutorado _____

() outros (especificar) _____

2. Questões norteadoras:

2.1 Como está organizada a RUE de Jequié/BA?

2.2 Existe integração dos componentes/serviços que compõe a RUE de Jequié/BA?

Justifique.

2.3 Em sua opinião o que é qualidade em saúde, na perspectiva da gestão?

2.4 Como o (a) senhor (a) avalia a **qualidade da estrutura** (recursos físicos, financeiros, instrumentos, organização, equipamentos, capacitação dos profissionais), **do processo** (a produção do cuidado propriamente dita, ou seja, a busca pelo diagnóstico, a terapêutica empregada, a relação estabelecida entre profissionais e usuários) e **dos resultados** (produto final da assistência) no componente da RUE em que coordena?

2.5 Qual (is) a dificuldade(s) e a (s) facilidade(s) em assumir o papel de gestor em um dos componentes RUE de Jequié/BA?

O (a) senhor (a) gostaria de acrescentar algo?

Anexo A: Parecer de aprovação da pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DE UM MUNICÍPIO-POLO NO INTERIOR DA BAHIA

Pesquisador: Tatiane Oliveira de Souza Constâncio

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80933517.3.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.489.602

Apresentação do Projeto:

O protocolo propõe estudo quanti-qualitativo sobre a qualidade da assistência à saúde na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Município de Jequié-BA; farão parte do estudo os seguintes serviços: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Central de Regulação Médica das Urgências, Unidade de Pronto Atendimento, Atenção Domiciliar e hospital estratégico – o Hospital Geral Prado Valadares, no âmbito do Pronto socorro, sala de estabilização e Unidade de Terapia Intensiva-adulto (UTI-adulto). Os participantes serão selecionados entre: usuários do SUS atendidos nos componentes da referida RUE, profissionais de saúde e gestores que prestam assistência ou trabalham na gestão da RUE.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Avallar a qualidade da assistência à saúde na Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município - polo no Interior da Bahia.

Objetivo Secundário:

- Verificar a qualidade da assistência à saúde na Rede de Atenção às Urgências e Emergências de um município - polo no Interior da Bahia, sob a óptica dos usuários, nas dimensões da estrutura, processo e resultado.
- Compreender a percepção de profissionais de saúde e gestores da Rede

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiézinho

CEP: 45.208-510

UF: BA

Município: JEQUIÉ

Telefone: (73)3526-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.je@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA**



Continuação do Parecer: 2.489.602

de Atenção às Urgências de um município - polo no Interior da Bahia, quanto a qualidade da assistência dos serviços prestados aos usuários do SUS.

- Identificar os fatores Intervinentes da qualidade da assistência na Rede de Atenção às Urgências de um município - polo no Interior da Bahia, na perspectiva dos profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e os benefícios foram adequadamente apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada digno de nota.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos necessários foram apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A proposta é relevante e mostrou-se viável a partir dos termos científicos, legais e éticos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 07/02/2016, a plenária do CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1046152.pdf	06/12/2017 18:14:17		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	06/12/2017 18:12:42	Tatiane Oliveira de Souza Constância	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_VERSAO_FINAL_para_encomendamentodo_CEP_06_12_17.pdf	06/12/2017 18:11:32	Tatiane Oliveira de Souza Constância	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_ATIVIDADES.pdf	06/12/2017 18:10:34	Tatiane Oliveira de Souza Constância	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_E_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE.pdf	06/12/2017 18:06:17	Tatiane Oliveira de Souza Constância	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_USUARIOS.pdf	06/12/2017	Tatiane Oliveira de	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.208-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-8727

Fax: (73)3525-8883

E-mail: cepuesb.je@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 2.469.602

Assentimento / Justificativa de Ausência	TICLE_USUARIOS.pdf	18:04:24	Souza Constância	Acelto
Outros	AUTORIZACAO_SAMU_CRMU.pdf	06/12/2017 18:02:51	Tatiane Oliveira de Souza Constância	Acelto
Outros	Autorizacao_da_Atencao_domiciliar.pdf	06/12/2017 13:13:35	Tatiane Oliveira de Souza Constância	Acelto
Outros	AUTORIZACAO_LPA.pdf	06/12/2017 13:05:55	Tatiane Oliveira de Souza Constância	Acelto
Declaração de Pesquisadores	declaracoesTatiane_Adriana.pdf	06/12/2017 08:11:58	Tatiane Oliveira de Souza Constância	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	05/12/2017 23:57:50	Tatiane Oliveira de Souza Constância	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 07 de Fevereiro de 2018

Ana Barbosa
Prof^{ta}. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiazinho

CEP: 45.208-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3526-9727

Fax: (73)3526-8883

E-mail: cepuesb.je@gmail.com

Anexo B: Questionário elaborado e validado por Morais (2009)

DURANTE O PERÍODO EM QUE ESTEVE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA ADULTO, FAVOR RESPONDER AS FRASES A SEGUIR.

FRASES	1 Discordo totalmente	2 Discordo parcialmente	3 Nem concordo Nem discordo	4 Concordo parcialmente	5 Concordo totalmente
1. O local onde fui atendido era confortável.					
2. Fui tratado com respeito pela equipe de enfermagem.					
3. Os cuidados prestados pela equipe de enfermagem foram humanizados.					
4. O estado de conservação da unidade era precário.					
5. A equipe que me atendeu prestava os cuidados com segurança.					
6. A equipe de enfermagem cometeu erros ao prestar os cuidados.					
7. Faltaram equipamentos para meu atendimento.					
8. Os procedimentos eram realizados corretamente pela equipe de enfermagem.					
9. A equipe de enfermagem explicou os motivos pelos quais não podia atender-me de imediato.					
10. Os banheiros eram limpos.					
11. Os profissionais da enfermagem que me atenderam chamavam-me pelo nome.					
12. Não fui informado sobre os serviços existentes que poderiam dar continuidade ao meu atendimento.					
13. Faltaram roupas para meu atendimento.					
14. Esperei muito tempo pelo atendimento de enfermagem quando cheguei à unidade.					
15. Observei melhora de minha saúde com os cuidados realizados pela equipe de enfermagem.					
16. Os profissionais de enfermagem eram capacitados.					

DURANTE O PERÍODO EM QUE ESTEVE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA ADULTO, FAVOR RESPONDER AS FRASES A SEGUIR.

FRASES	1 Discordo totalmente	2 Discordo parcialmente	3 Nem concordo Nem discordo	4 Concordo parcialmente	5 Concordo totalmente
17. A enfermagem foi clara ao informar sobre meu problema de saúde.					
18. A equipe de enfermagem considerou minha opinião durante o tratamento.					
19. Faltaram profissionais de enfermagem para meu atendimento.					
20. A equipe de enfermagem realizava os exames prontamente.					
21. Em nenhum momento fui questionado se estava satisfeito com o atendimento.					
22. Foi fácil chegar à unidade de emergência.					
23. Os profissionais de enfermagem não se apresentavam antes de prestar os cuidados.					
24. O local onde fiquei não permitiu minha privacidade					
25. A equipe de enfermagem não explicou os procedimentos que realizou.					
26. A equipe de enfermagem ajudou-me a compreender meu estado de saúde.					
27. Percebi que havia placas de sinalização, indicando os setores da unidade de emergência.					
28. A enfermagem explicou os critérios de classificação por cores para o atendimento na unidade.					
29. Percebi que os usuários em situação grave eram atendidos com rapidez.					
30. Não permitiram que meu acompanhante permanecesse ao meu lado.					
31. A unidade dispunha de todos os medicamentos que necessitei.					
32. O profissional da enfermagem não utilizou luvas ao prestar os cuidados.					
33. O tratamento que recebi pela equipe de enfermagem possibilitou uma rápida melhora do meu estado de saúde.					