

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PATRÍCIA FÁTIMA LEVANDOVSKI

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS**

**Porto Alegre
2016**

PATRÍCIA FÁTIMA LEVANDOVSKI

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Políticas, Avaliação e Atenção em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alice Dias da Silva Lima

**Porto Alegre
2016**

CIP - Catalogação na Publicação

Levandovski, Patrícia Fátima

Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em serviço de emergência hospitalar na perspectiva dos usuários / Patrícia Fátima Levandovski. -- 2016. 112 f.

Orientadora: Maria Alice Dias da Silva Lima.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Avaliação em saúde. 2. Enfermagem em emergência. 3. Qualidade da assistência à saúde. 4. Serviço hospitalar de emergência. 5. Satisfação do paciente. I. Lima, Maria Alice Dias da Silva, orient. II. Título.

PATRÍCIA FÁTIMA LEVANDOVSKI

**Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Serviço
de Emergência Hospitalar na Perspectiva dos Usuários**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de abril de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Presidente da Banca

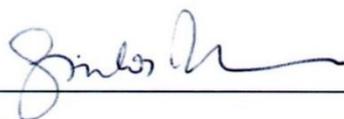
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Marta Maria Melleiro

Membro da Banca

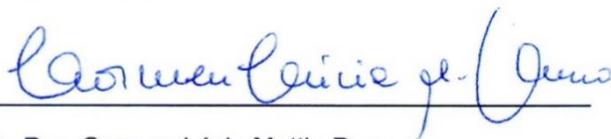
USP



Profa. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Carmen Lúcia Mottin Duro

Membro da banca

EENF/UFRGS

Dedico esta conquista a meus pais, cujo trabalho, exemplo e incentivo à educação tornaram a realização deste sonho possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pois esteve comigo em todos os momentos me capacitando para o desenvolvimento deste trabalho e me dando forças para superar os desafios desta caminhada.

Aos usuários do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), motivadores e participantes desta pesquisa, pela disponibilidade, interesse e generosidade nas informações prestadas.

À professora Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima, orientadora deste trabalho, por ter compartilhado comigo seus conhecimentos e pela competência com que guiaste todo o projeto. Agradeço pela paciência, compreensão e dedicação e por acreditar em meu crescimento e amadurecimento como pesquisadora.

À equipe de Enfermagem do Serviço de Emergência e das unidades de internação clínicas e cirúrgicas do HCPA, pela acolhida e auxílio nos momentos de dúvidas durante o desenvolvimento deste projeto.

Às integrantes da banca, Professoras Marta Maria Melleiro, Gisela Maria Schebella Souto de Moura e Carmen Lúcia Mottin Duro, pela participação, contribuição e sugestões nas etapas de construção do projeto e seu desenvolvimento.

Às colegas do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva, pelas discussões e pelo apoio durante o período de realização desta pesquisa, e em especial, agradeço à bolsista Vitória Zarpelão de Matos, por todo o tempo, dedicação e apoio inestimável durante a coleta de dados e construção deste trabalho.

Aos meus amigos, pelos momentos de descontração e pela compreensão em meus momentos de ausência.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação, pelo compartilhamento de experiências e troca de saberes durante as aulas e seminários.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, o qual possibilitou minha dedicação exclusiva ao curso e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo ensino público de excelência.

Aos meus pais, minha irmã, meu namorado e demais familiares por estarem sempre comigo, torcendo por mim e vibrando com as minhas conquistas.

RESUMO

LEVANDOVSKI, Patrícia Fátima. **Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em serviço de emergência hospitalar na perspectiva dos usuários.** 2016. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem é fundamental para o aprimoramento dos serviços de saúde, pois permite identificar aspectos que necessitem de maior atenção e fragilidades relacionadas à organização e utilização dos serviços. Dentre os indicadores para avaliação da qualidade, a satisfação dos usuários pode ser considerada o mais utilizado. A satisfação é entendida como a percepção e avaliação que o usuário faz sobre determinadas dimensões dos serviços de saúde. O estudo tem como objetivo analisar a percepção dos usuários sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem de um serviço de emergência. Trata-se de estudo com abordagem quantitativa, do tipo descritivo, de corte transversal. A amostra foi composta por 385 usuários adultos atendidos por um período mínimo de seis horas no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e, posteriormente, encaminhados para as unidades de internação clínicas e cirúrgicas. Os dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2015. Foi utilizado o questionário “Percepção de usuários acerca da assistência de enfermagem na Unidade de Emergência de Adultos” com 33 proposições, divididas nas dimensões Estrutura, Processo e Resultado. Para análise, utilizou-se estatística descritiva para as variáveis categóricas e cálculo de medidas de posição e dispersão para as variáveis contínuas. O instrumento mostrou-se confiável para responder aos objetivos, com alfa de Cronbach de 0,899. A média de idade dos usuários foi de 56 anos, com maior número de participantes do sexo masculino e moradores da capital (49,4%). 47% não concluíram o ensino fundamental. Houve maior demanda por atendimento as quartas (17,7%) e sextas-feiras (17,4%), nos turnos da tarde (37,7%) e manhã (32,7%). A maioria dos pacientes recebeu atendimento clínico, sendo que 55% não haviam utilizado o serviço de emergência no ano anterior. A classificação de risco recebida com maior frequência foi muito urgente (59%) e o tempo de permanência médio foi de 105,97 horas. A percepção dos usuários sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço de emergência apresentou média de 127,76 pontos, correspondente a 77,4% do valor máximo. Houve diferença significativa entre a dimensão Processo, que apresentou média maior quando comparada com as dimensões Estrutura e Resultado. As médias para cada item do questionário variaram de 4,72 a 1,95 pontos. Foram observadas associações significativas entre a percepção da qualidade e a idade dos participantes, turno de chegada, tempo de permanência e sala de atendimento e correlação significativa entre a qualidade e o tempo de espera para classificação de risco. Os resultados destacam a boa qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço de emergência, com indicações de aspectos que podem ser modificados no atendimento prestado. Conclui-se que o atendimento de enfermagem influencia a satisfação dos usuários nas dimensões estrutura, processo e resultados. Evidencia-se o papel fundamental da equipe de enfermagem para a satisfação dos usuários e avaliação positiva sobre a qualidade do atendimento.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Enfermagem em emergência. Qualidade da assistência à saúde. Serviço hospitalar de emergência. Satisfação do paciente.

ABSTRACT

LEVANDOVSKI, Patrícia Fátima. **Nursing quality evaluation care in hospital emergency services in patient perspective.** 2016. 112 f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Nursing care quality evaluation is fundamental for the improvement of health services, because it shows the identifying aspects that may need bigger attention and problems associated to the organization and services use. Among the quality indications, patients' satisfaction may be considered the most used. In this research, satisfaction will be stated as the perception and evaluation that the user has about certain aspects of health service. The objective in this research is to analyse the user's perception about nurse's care quality in an emergency service. It is a study with a quantitative view, describing the type of transversal cohort. The sample was composed of 385 adult users attended by the minimum amount of time of 6 hours at Hospital de Clínicas de Porto Alegre emergency service and, later, sent to the clinics and surgical hospitalization units. The data is from August to November in 2015. The pool: "Percepção de usuários acerca da assistência de enfermagem na Unidade de Emergência de Adultos" has 33 proposals, divided into Structure, Process and Outcome. For the analysis, it was used descriptive statistics for the categorical variables and reckoning measures, and dispersion for the continuous variables. The instrument showed to be trustworthy to answer to the objectives, with Cronbach's alfa of 0,899. The mean age for the users was 56 years old, most participants being from the male sex and capital residents (49.4%). 47% haven't finished the fundamental grades. There was a bigger demand for attendance on Wednesdays (17,7%) and Fridays (17,4%), in the afternoons (37,7%) and mornings (32,7%). Most patients received clinic treatment and 55% didn't use the emergency service in the last year. Most who received risk classification were urgent (59%) and the mean permanence time was 105,97 hours. The user's perception about the nurse's care quality in the emergency service presented mean of 127,76 points, which correspond to 77,4% of the maximum value. There was a significant difference between the subject Process, which presented a bigger mean, when compared to the subjects Structure and Outcome. The means for each item of the pool varied from 4,72 to 1,95 points. Significant associations were observed between perceived quality and participants age, turn of arrival, length of stay, and care room; just as significant correlation between quality and waiting time for risk rating. The results highlight the good quality of nursing care in the emergency department, with indications of aspects that could be modified in the service provided. We concluded that the nursing care influence user is satisfied in the subject structure, process and results. It is of note the fundamental nursing role for the user's satisfaction and positive evaluation about the quality of the attendance.

Keywords: Health evaluation. Emergency nursing. Quality of health care. Emergency service, hospital. Patient satisfaction.

RESUMEN

LEVANDOVSKI, Patrícia Fátima. **Evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería en atención de emergencia hospitalaria en la perspectiva de los usuarios.** 2016. 112 f. Tesina (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

La evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería es fundamental para el perfeccionamiento de servicios de salud, pues, permite identificar aspectos que necesitan más atención y fragilidad relacionadas con la organización y uso de los servicios. Entre los indicadores de evaluación de la calidad, la satisfacción de los usuarios puede ser considerada lo más utilizado. La satisfacción es comprendida como la percepción y evaluación que el usuario hace sobre determinadas dimensiones de los servicios de salud. El estudio tuvo como objetivo analizar la percepción de los usuarios sobre la calidad de los cuidados de enfermería en emergencia hospitalaria. Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo, del tipo descriptivo, de corte transversal. La muestra se compuso por 385 usuarios adultos atendidos por un periodo mínimo de tiempo de seis horas en Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas de Porto Alegre y, posteriormente, conducidos para las unidades de internaciones clínicas y quirúrgicas. Los datos fueron recolectados en el periodo de agosto hasta noviembre de 2015. Fue utilizado el cuestionario “Percepción de usuarios acerca de la asistencia de enfermería en Unidad de Emergencia de Adultos” con 33 proposiciones, dividida en las dimensiones Estructura, Proceso y Resultado. En el análisis estadísticas descriptivas fueron utilizadas para las variables categóricas y cálculo de medidas de posición y dispersión para las variables continuas. El instrumento ha demostrado ser fiable para contestar a los objetivos, con 0,899 alfa de Cronbach. La media de edad de los usuarios fue de 56 años, con el mayor número de participantes del sexo masculino, moradores de la capital (49,4%). 47% que no terminaron la escuela primaria. Hubo un mayor número de atendimiento en los miércoles (17,7%) y viernes (17,4%), en los turnos de tarde (37,7%) y mañana (32,7%). La mayoría de los pacientes recibió la atención clínica, aunque 55% no habían utilizado un servicio de emergencia el año pasado. La clasificación de riesgo recibida con mayor frecuencia fue muy urgente (59%) y su duración media fue de 105,97 horas. La percepción de los usuarios, acerca de la calidad de los cuidados de enfermería en atención de emergencia hospitalaria presentó media de 127,76 puntos, correspondiente a 77,4% del valor máximo. Hubo diferencia significativa entre la dimensión Proceso, que presentó media mayor cuando comparada con las dimensiones Estructura y Resultado. Las medias para cada posición del cuestionario varían de 4,72 a 1,95 puntos. Fueron apreciadas asociaciones significativas entre la percepción de calidad y la edad de los participantes, turno de llegada, tiempo de permanencia, consultorio y correlación significativa entre la calidad y el tiempo de espera para clasificación de riesgo. Los resultados destacaron buena calidad de los cuidados de enfermería en atención de emergencia hospitalaria, con indicaciones de aspectos que pueden ser cambiados en la atención prestada. Se concluye que la atención en enfermería influye en la satisfacción de los usuarios en las dimensiones estructura, proceso y resultado. Se subraya el papel esencial del equipo de enfermería para la satisfacción de los usuarios y evaluación positiva acerca de la calidad en la atención al paciente.

Palabras clave: Evaluación en salud. Enfermería de urgencia. Calidad de la atención de salud. Servicio de urgencia en hospital. Satisfacción del paciente.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Comparação do tempo de atendimento no Serviço de Emergência entre os tipos de atendimento recebido, Porto Alegre, RS, 2016.....	53
Figura 2	Comparação do tempo demandado até a classificação de risco entre os dias da semana de chegada ao Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	53
Figura 3	Comparação do tempo demandado até a classificação de risco entre os turnos de chegada ao Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	54
Figura 4	Comparação do tempo demandado até a classificação de risco entre as classificações de risco recebidas no serviço de emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	55
Figura 5	Comparação da dimensão Processo com a idade dos participantes do estudo, Porto Alegre, RS 2016.....	60
Figura 6	Correlação entre o tempo de espera para Classificação de Risco no Serviço de Emergência com a média total de respostas do questionário, Porto Alegre, RS, 2016.....	63
Figura 7	Comparação do escore total médio de respostas entre os tempos de permanência no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	65
Figura 8	Comparação das respostas da afirmação “O local onde fui atendido era confortável” entre as salas de atendimento no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	67
Figura 9	Comparação das respostas da afirmação “Foi fácil chegar à unidade de emergência” entre os dias da semana de chegada ao Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	68
Quadro 1	Proposições da dimensão Estrutura.....	41
Quadro 2	Proposições da dimensão Processo.....	41
Quadro 3	Proposições da dimensão Resultado.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização demográfica dos usuários do Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	48
Tabela 2	Descrição da localidade de moradia dos usuários do Serviço de Emergência nas Regiões de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, 2016.....	49
Tabela 3	Caracterização do atendimento ao usuário no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	50
Tabela 4	Caracterização do atendimento nas salas do Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	52
Tabela 5	Distribuição das médias de percepção da qualidade por dimensões e total do Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	56
Tabela 6	Distribuição das médias de percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	56
Tabela 7	Distribuição das frequências de respostas das proposições do questionário, Porto Alegre, RS, 2016.....	58
Tabela 8	Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas à idade dos participantes do estudo, Porto Alegre, RS, 2016.....	59
Tabela 9	Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao sexo dos participantes do estudo, Porto Alegre, RS, 2016.....	60
Tabela 10	Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas à cidade de residência dos participantes do estudo, Porto Alegre, RS, 2016.....	61
Tabela 11	Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao turno de chegada ao Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	61
Tabela 12	Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao dia de chegada ao Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	62
Tabela 13	Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao tipo de atendimento dos participantes do estudo, Porto Alegre, RS, 2016.....	62
Tabela 14	Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao número de atendimentos recebidos no ano anterior no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	63

Tabela 15	Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao fluxograma de classificação de risco do Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	64
Tabela 16	Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao tempo de permanência do participante no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	65
Tabela 17	Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas às salas em que o participante recebeu atendimento no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CR	Classificação de Risco
DP	Desvio Padrão
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
JCI	Joint Commission International
MD	Valor de Mediana
ONA	Organização Nacional de Acreditação
P	Nível de Significância
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
Rs	Valor de Correlação de Spearman
SE	Serviço(s) de Emergência
SPSS	Statistical Package Social Sciences
UEA	Unidade de Emergência de Adultos
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UI	Unidade de Internação
UO	Unidade de Observação
UOL	Unidade de Observação Laranja
UOV	Unidade de Observação Verde
UV	Unidade Vascular
WinPEPI	Programs for Epidemiologists for Windows

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	Objetivo geral.....	21
2.2	Objetivos específicos.....	21
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1	Avaliação da qualidade em serviços de saúde.....	22
3.1.1	Avaliação de serviços com base no modelo Donabediano.....	27
3.2	Qualidade do cuidado nos serviços de emergência.....	30
3.3	Satisfação de usuários com cuidados de enfermagem.....	32
4	MÉTODO.....	37
4.1	Delineamento do estudo.....	37
4.2	Campo de estudo.....	37
4.3	População e amostra.....	39
4.4	Instrumento de coleta de dados.....	40
4.5	Procedimentos de coleta de dados.....	43
4.6	Análise de dados.....	45
4.7	Aspectos éticos.....	46
5	RESULTADOS.....	48
5.1	Características demográficas e de utilização do serviço de emergência dos participantes do estudo.....	48
5.2	Percepção dos usuários sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem de um serviço de emergência.....	55
5.3	Relação entre a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem com as variáveis demográficas e de utilização do serviço.....	59
6	DISCUSSÃO.....	70
6.1	Características demográficas e de utilização do serviço de emergência dos participantes do estudo.....	70
6.2	Percepção dos usuários sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem de um serviço de emergência.....	77
6.3	Relação entre a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem com as variáveis demográficas e de utilização do serviço.....	83
7	CONCLUSÕES.....	88

REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE A – Lista de participantes da pesquisa.....	101
APÊNDICE B – Ficha de caracterização do participante da pesquisa.....	102
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104
APÊNDICE D – Permissão dos autores para uso da Escala.....	106
ANEXO A – Questionário Percepção de usuários acerca da assistência de Enfermagem na Unidade de Emergência de Adultos.....	107
ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	111
ANEXO C – Termo de Compromisso para Utilização dos Dados.....	112

1 INTRODUÇÃO

A avaliação de serviços tem despertado o interesse de pesquisadores e gestores no cenário nacional e internacional, devido à crescente preocupação com a melhoria da qualidade da atenção à saúde (HIDALGO et al., 2012, MORAIS; MELLEIRO, 2013). Para tanto, os gestores de saúde e os profissionais vêm buscando estratégias para melhorar o cuidado prestado, bem como qualificar os serviços através de certificações de qualidade. Os usuários são os grandes motivadores da busca por um melhor padrão de assistência, visto que têm exigido melhor estrutura, mais informações, tratamento atualizado, e menores tempos de espera dos serviços por onde passam (BLANCO-ABRIL et al., 2010).

A qualidade do atendimento em saúde pode ser definida como a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para os usuários. Não é um atributo abstrato, mas é construída pela avaliação assistencial, abrangendo a análise da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados da assistência (DONABEDIAN, 1990). Também é considerado como o grau com que os serviços de saúde satisfazem as necessidades, expectativas e padrões de atendimento dos indivíduos e suas famílias (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

Os resultados obtidos pela mensuração da qualidade da assistência permitem aos gestores e profissionais identificar com maior facilidade quais são os aspectos do cuidado que necessitam de maior atenção. Isso possibilita ao serviço direcionar suas ações a fim de minimizar obstáculos para a excelência do cuidado. No entanto, estudos têm demonstrado que oferecer serviços de qualidade em urgência e emergência tem sido um desafio para as instituições de saúde, para gestores e para os profissionais (AZEVEDO et al., 2010, SANTOS et al., 2013).

Os serviços de emergência disponibilizam assistência imediata à população em situações agudas e são uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, constituindo-se em importante componente da rede assistencial. No entanto, estudos indicam fragilidades relacionadas à organização e utilização dos serviços de emergência, as quais têm repercutido na qualidade do atendimento prestado (ACOSTA, 2010, ACOSTA, 2012, SANTOS et al., 2012). Segundo esses autores, as fragilidades nos serviços de emergência dizem respeito aos seguintes fatores: elevada demanda de atendimento, superlotação, longo tempo de espera por atendimento, baixa quantidade de leitos hospitalares. Tais fatores geram elevado tempo de permanência no serviço, busca de atendimento por usuários com queixas consideradas não

urgentes, dificuldades na articulação com os demais serviços da rede de atenção à saúde e sobrecarga de trabalho entre os profissionais.

Devido a essas características, oferecer assistência qualificada é um desafio nos serviços de emergência, relatado em estudos realizados em serviços de diversos países como Marrocos (DAMGHI et al., 2013), Suécia (EKWALL, 2013), Canadá (GRAFSTEIN et al., 2013), Estados Unidos (JOHANSEN, 2014, GUSS; LELAND; CASTILLO, 2013), Espanha (HIDALGO et al., 2012), Irã (NAHID et al., 2012), Nigéria (OLUWADIYA et al., 2010), China (CHAN; CHAU, 2005), Grécia, Polônia, Suíça, Irlanda (AIKEN et al., 2012), entre outros.

No Brasil, algumas dificuldades têm sido apontadas para obtenção da qualidade da assistência de enfermagem em serviços de emergência. A equipe de enfermagem necessita adaptar seu trabalho para lidar com a falta de profissionais, a superlotação do serviço, e as exigências dos usuários, familiares e da administração hospitalar. Santos et al. (2013) constataram que o gerenciamento da superlotação e a manutenção da qualidade do cuidado são desafios para os enfermeiros de um serviço hospitalar de emergência. A necessidade de reorganização do sistema de saúde para a atenção às urgências, alteração no fluxo de atendimento dos pacientes, ampliação da estrutura física da unidade e realização de capacitação sobre gerenciamento de enfermagem foram algumas das sugestões apontadas para superar esses desafios.

A equipe de enfermagem é responsável pelo principal vínculo entre o usuário e a instituição, visto que compõe o grupo de profissionais com maior representatividade quantitativa e que mantém contato ininterrupto com o usuário (PENA; MELLEIRO, 2012, MORAIS; MELLEIRO, 2013). Os enfermeiros, por sua vez, atuam tanto na assistência quanto no gerenciamento dos serviços de saúde e estão constantemente envolvidos com a qualidade do cuidado prestado. Eles têm a oportunidade de aproximar-se de quem recebe os cuidados, compreendendo melhor os anseios e expectativas desse indivíduo e aprimorando a prática de cuidar com qualidade (ROCHA; TREVISAN, 2009).

O interesse pelo tema surgiu ainda durante a graduação em enfermagem, a partir do estudo da temática e realização de estágios acadêmicos em serviço hospitalar de emergência, quando constatadas inadequações no cuidado prestado aos pacientes, que careciam de conforto; eram submetidos a procedimentos e exames sem o devido esclarecimento e orientação; recebiam alta sem instruções de como cumprir os cuidados prescritos ou pela indefinição de qual serviço de saúde buscar para continuidade da assistência.

Essas vivências motivaram o desenvolvimento de estudo com a finalidade de avaliar a satisfação de usuários com os cuidados de enfermagem em serviço de emergência, utilizando o Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP). Identificou-se bom nível de satisfação dos usuários com os cuidados de enfermagem, porém, alguns aspectos necessitavam ser melhorados. Ao comparar os domínios Técnico-profissional (competência do enfermeiro para o desempenho de atividades técnicas), Confiança (características do enfermeiro que permitem uma interação construtiva com o paciente) e Educacional (habilidade dos enfermeiros em fornecer informações para os pacientes), evidenciou-se que o domínio Técnico-profissional obteve maior média, se comparado aos outros domínios. Isso pode ser devido à priorização das atividades assistenciais diretas pelos enfermeiros, frente às educacionais e de relacionamento interpessoal, devido à sobrecarga de trabalho nos serviços de emergência (LEVANDOVSKI, 2013).

Os resultados obtidos no referido estudo contribuíram para o interesse no aprofundamento da temática, com foco na qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem em serviço de emergência. Para a mensuração da qualidade, diversos indicadores podem ser utilizados, havendo diversidade entre as formas de mensurar a qualidade nos serviços. Porém, dentre os indicadores para avaliação da qualidade em serviços de saúde, a satisfação dos usuários pode ser considerada o indicador mais utilizado segundo a literatura (DORIGAN; GUIRRADELLO, 2013).

A satisfação dos usuários representa uma forma de medida que os prestadores de cuidados podem usar para entender as perspectivas dos usuários (SUN, 2004, MENDES et al., 2009). A satisfação é definida pela comparação entre as expectativas que o indivíduo tem acerca do atendimento que irá receber e a experiência real dos cuidados recebidos, sendo compreendida como resultado positivo de quando o cuidado excede ou corresponde às expectativas (BLANK et al., 2013). Possui importância como medida de qualidade da atenção, pois proporciona informação sobre o êxito do provedor em alcançar os valores e expectativas do usuário, podendo ser considerada um indicador de qualidade dos resultados dos cuidados prestados no serviço de saúde (BUCKLEY 2009; MENDES et al., 2009).

A satisfação dos usuários tem sido usada com a finalidade de avaliar a qualidade do serviço e do atendimento, cujas informações podem servir para analisar a estrutura oferecida, os processos executados e os resultados alcançados (TURRINI; LEBRÃO; CÉSAR, 2008). Dessa forma, a satisfação dos usuários pode ser considerada um parâmetro válido para avaliação. Neste estudo, a satisfação será compreendida como a percepção e avaliação que o

usuário faz sobre determinadas dimensões dos serviços de saúde (MORAIS; MELLEIRO, 2013).

Pesquisa realizada em três centros de saúde do Rio de Janeiro destacou que o aspecto avaliado que apresentou maior correlação com as notas atribuídas à satisfação geral foi o atendimento prestado pelos profissionais de saúde. Isso sugere que os indivíduos que se mostraram satisfeitos com a qualidade geral do atendimento também se mostraram satisfeitos com o atendimento dos profissionais (HOLLANDA et al., 2012). Esse dado exemplifica como a satisfação com o desempenho dos profissionais exerce forte influência na satisfação atribuída ao atendimento prestado pelo serviço.

Em revisão de literatura sobre satisfação dos pacientes foi identificado que a maioria dos artigos nacionais tinha um enfermeiro como autor principal, o que indica a motivação desses profissionais em estudar a temática e a preocupação com seu modo de atuar (SANTOS et al., 2010). Os enfermeiros têm papel fundamental no desenvolvimento de pesquisas para mensurar e melhorar a satisfação dos pacientes, sendo uma forma de demonstrar a repercussão dos cuidados de enfermagem e seu impacto na satisfação com as experiências e os cuidados hospitalares (WAGNER; BEAR, 2009).

É conhecido que este Serviço de Emergência avalia periodicamente a satisfação dos usuários, por meio de pesquisa com formulário de atendimento ambulatorial para pacientes com alta da emergência e com outro formulário para pacientes internados após o atendimento na emergência, com um ítem específico direcionado ao serviço. Dados fornecidos pela gestão informam que para a avaliação ambulatorial a meta é atingir 80% de respostas no somatório dos graus ótimo e bom, na pergunta sobre o atendimento de forma geral. No ano de 2015, 47,1% classificaram o atendimento geral como ótimo e 31,1% como bom. Quanto à equipe de enfermagem do serviço de emergência, 90% fariam um elogio ou agradecimento, no entanto, 7,5% destacaram a falta de cortesia e humanização da equipe. Para os usuários que foram internados após receber atendimento no serviço de emergência, cuja meta é a soma de 81% de satisfação no grau ótimo na pergunta sobre o atendimento geral, 62,2% classificaram o atendimento no serviço de emergência como ótimo e 26,6% o classificaram como bom no mesmo ano.

Dentre as sugestões e críticas manifestadas nesses formulários, se destacaram aspectos relacionados ao conforto do ambiente; atendimento das equipes; barulho provocado por profissionais, equipamentos e obras; superlotação da emergência; limpeza insuficiente em banheiros; falta de roupas, toalhas e cadeiras; acomodações para os acompanhantes e vagas de estacionamento. No entanto, enfatiza-se que este estudo pode contribuir com uma análise

mais abrangente da estrutura, processo e resultado dos cuidados de enfermagem prestados no serviço de emergência.

A enfermagem deve estudar a qualidade do cuidado, a fim de revisar sua prática. Valorizar elementos identificados pelos usuários para seu cuidado enriquece essa análise (CONTRERAS, 2010). Acredita-se que essa avaliação possa direcionar as atividades desenvolvidas, permitindo o monitoramento dos resultados, a identificação de desvios, subsidiando o planejamento e a organização de ações para a resolução de eventuais problemas (MORAIS; MELLEIRO, 2013).

A avaliação da qualidade dos cuidados prestados em unidades de emergência com base na percepção dos usuários pode contribuir para a gestão interna desses serviços, uma vez que proporciona o conhecimento das necessidades e expectativas desses usuários. Por essa razão, definiu-se a seguinte questão norteadora: Qual é a percepção dos usuários sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem de um serviço de emergência?

O desenvolvimento deste estudo pode contribuir para identificar os pontos fortes e as fragilidades do cuidado prestado pela enfermagem em serviços de emergência e oferecer subsídios para o aprimoramento da gestão destes serviços.

2 OBJETIVOS

A partir dos questionamentos levantados durante a problematização do tema, os seguintes objetivos foram elaborados.

2.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção dos usuários sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem de um serviço de emergência, quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características demográficas dos usuários participantes do estudo e de utilização do serviço de emergência;
- Identificar características dos usuários associadas à percepção sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem de um serviço de emergência.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo é apresentada a revisão de literatura, que aponta o estado da arte e fundamenta o desenvolvimento da pesquisa. Está estruturada nos seguintes tópicos: “Avaliação da qualidade em serviços de saúde”, “Qualidade do cuidado nos serviços de emergência” e “Satisfação de usuários com cuidados de enfermagem”.

3.1 Avaliação da qualidade em serviços de saúde

Atualmente, a qualidade tem se tornado cada vez mais um compromisso assumido por profissionais e gestores, a fim de melhorar a satisfação do público com os serviços prestados. Além disso, padrões de qualidade, cada vez mais elevados vêm sendo exigidos dos estabelecimentos, levando-os a buscar efetivos meios para qualificar a assistência em saúde (PENA; MELLEIRO, 2012). A qualidade do atendimento prestado também é uma reivindicação dos usuários, que devido ao acesso facilitado à informação e à familiaridade com novas tecnologias no campo da saúde, têm aumentado suas expectativas em relação aos serviços oferecidos.

É cada vez maior a expectativa de que os profissionais de enfermagem estejam envolvidos com a qualidade do cuidado prestado, pois são eles que têm constante contato com o usuário, tendo a oportunidade de aproximar-se de quem recebe esses cuidados, além de compreender melhor os anseios e expectativas desse indivíduo e oportunizar o amadurecimento da prática de cuidar com qualidade (ROCHA; TREVISAN, 2009).

Esse é um tema relevante para a enfermagem, tendo como precursora nessa área a enfermeira Florence Nightingale, pioneira no assunto ao abordar a melhoria da qualidade no atendimento em saúde durante a guerra da Criméia em 1855, quando desenvolveu métodos de atendimento que qualificaram o cuidado prestado aos feridos de campanha (BELLUCCI; MATSUDA, 2011). A avaliação em ambiente hospitalar teve início em meados de 1924, sustentada pelo conceito de qualidade formado pelo Colégio Americano de Cirurgiões (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005, SANTOS; SOARES, 2014).

Internacionalmente, nos anos de 1980, os hospitais e demais instituições de saúde implementaram programas contínuos para garantia da qualidade. Esses programas foram exigidos para reembolso dos serviços e para acreditação pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*. Os programas de garantia da qualidade delegaram

à sociedade a responsabilidade pelo controle sobre parte das profissões de saúde no que concerne à qualidade do atendimento e ao custo dos serviços de saúde que lhes eram prestados (SMELTZER et al., 2009).

No início dos anos 1990, reconheceu-se a dificuldade de medir continuamente a qualidade dos cuidados, conforme definida pelas agências reguladoras. Os critérios para garantia da qualidade foram identificados como medidas para garantia apenas das expectativas mínimas, não sendo fornecidos meios para identificar as causas dos problemas nem para determinar os sistemas ou processos que necessitavam de aprimoramento. A melhoria contínua da qualidade foi, então, identificada como um mecanismo mais efetivo para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde. Em 1992, a revisão de padrões da *Joint Commission* passou a exigir que as organizações de saúde implementassem um programa para melhoria contínua da qualidade (SMELTZER et al., 2009).

Diferente da garantia de qualidade, que teria como foco abordar os incidentes ou erros individuais e as expectativas mínimas, a melhoria contínua da qualidade tem como base os processos empregados na prestação de cuidados, com o objetivo de melhorar a qualidade e melhorar os processos inter-relacionais que mais afetam os resultados dos cuidados ao paciente e sua satisfação (SMELTZER et al., 2009).

Instituições voltadas para a acreditação dos serviços de saúde, tanto em nível internacional como nacional, pesquisam e avaliam serviços, definem indicadores para sua avaliação e fazem, a partir disso, medições e registros, para potencializar reflexões e intervenções organizacionais. Nacionalmente, há contribuições importantes da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e do Ministério da Saúde (SANTOS; SOARES, 2014).

O Ministério da Saúde, a partir de 1970, passou a explorar com maior profundidade a temática de Qualidade e Avaliação Hospitalar, utilizando a publicação de normas e portarias para regulamentar esta atividade e atualmente trabalha na implantação de um sistema eficaz e capaz de controlar a assistência à saúde no Brasil (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Neste contexto, a Acreditação passou a ser um elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade dos serviços na América Latina. Em 1990 foi realizado um convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Federação Latino Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde para elaborar o Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina (NOVAES; PAGANINI, 1994, FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Há muito tempo entende-se qualidade de serviços de saúde como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos,

com participação de todos os funcionários, em conjunto à direção hospitalar (NOVAES; PAGANINI, 1994, FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Para a avaliação da qualidade, podem ser usados indicadores que medem aspectos qualitativos ou quantitativos, relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados (BITTAR, 2001). Um indicador pode ser comparado a um sensor, que tem por finalidade verificar se os objetivos propostos foram ou não alcançados (CALDANA et al., 2013a).

Enfermeiros convidados a analisar a pertinência de determinados indicadores de qualidade avaliaram os indicadores de queda no leito e incidência de úlceras por pressão como muito pertinentes para avaliação da assistência por 100% dos enfermeiros. Ainda, indicadores relacionados a processos específicos da Enfermagem como a incidência de flebite, a incidência de extubação acidental, taxa de acidentes de trabalho dos profissionais de enfermagem, a satisfação dos pacientes e a taxa de infecção hospitalar também foram considerados pertinentes. Já as horas de treinamento da enfermagem e relação entre técnico e auxiliar de enfermagem com enfermeiro foram considerados pouco pertinentes para qualificar a assistência. A média de permanência também foi um indicador considerado pouco pertinente para avaliar a qualidade da assistência (GABRIEL et al., 2011).

A melhoria contínua da qualidade assistencial requer avaliações sistemáticas dos cuidados prestados aos usuários dos serviços de saúde, visando à identificação dos fatores que interferem na assistência fornecida pela equipe de enfermagem (CALDANA et al., 2013a). Entretanto, apesar dos esforços para garantir a qualidade nesses locais, estudos apontam falhas na qualidade e segurança da assistência, com ocorrência de eventos indesejados, prejudicando a imagem das organizações de saúde (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011, GONÇALVES et al., 2012).

Cuidados de saúde inseguros resultam em expressiva morbidade e mortalidade evitáveis, gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde e, ainda, representam grande preocupação dos serviços, tanto nacional, quanto internacionalmente (CHASSIN et al, 2010, AIKEN et al., 2012, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Estimulados pela preocupação com a segurança do paciente, usuários dos serviços de saúde e familiares também vêm exigindo comprometimento renovado com a melhoria da qualidade em organizações prestadoras de serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A segurança do paciente é uma importante dimensão da qualidade, definida como um conjunto de medidas e políticas que visam à redução, a um mínimo aceitável, do risco de ocorrência de dano desnecessário ao paciente durante seu atendimento de saúde

(RUNCIMAN et al., 2009). Receber assistência à saúde de qualidade é um direito de todo indivíduo, por esse motivo, foi criada, em 2013, a Portaria nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo principal é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Esse programa, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, mostrou-se necessário para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, que tem se mostrado prioritária em serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

O PNSP tem entre suas principais funções a organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013b).

Essa regulamentação ressalta o impacto da segurança do paciente na qualidade da assistência de enfermagem. A redução dos riscos e dos danos e a incorporação de boas práticas favorecem a efetividade dos cuidados de enfermagem e o seu gerenciamento de modo seguro. Essa melhoria depende da necessária mudança de cultura dos profissionais para a segurança, do uso de indicadores de qualidade, e da existência de um sistema de registros, alinhados à política de segurança do paciente instituída nacionalmente (OLIVEIRA et al., 2014).

Atualmente, as instituições de saúde em todo o mundo são estimuladas a prestar um cuidado seguro e de alta qualidade ao paciente, apesar de possuírem, muitas vezes, limitação de equipamentos ou recursos financeiros e humanos. Contudo, os serviços têm dificuldade de distinguir o melhor a ser implementado para fornecer segurança ao paciente e qualidade aos serviços prestados. É importante que as organizações saibam quais intervenções terão o maior impacto na qualidade e na segurança dos pacientes (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2015).

Estudo com objetivo de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem em um hospital público de São Paulo concluiu que a utilização de indicadores pela enfermagem ajuda a prevenir possíveis eventos adversos, como a ocorrência de queda do paciente, úlcera por pressão, erros na identificação e administração de medicamentos, os quais comprometem a qualidade do cuidado e a segurança do paciente (CALDANA et al., 2013b).

Ainda que isto consista em um grande e complexo desafio, a qualidade na prestação da assistência deve ser priorizada pelas instituições de saúde e pelos profissionais que as integram (CALDANA et al., 2013a). A fim de assegurar a melhor qualidade para os usuários dos serviços de saúde, diversas medidas vêm sendo tomadas, como programas de acreditação hospitalares e pesquisas científicas com a finalidade de mensurar a qualidade da assistência e identificar as lacunas no cuidado prestado. Os programas de acreditação hospitalar podem apresentar diferentes tipos de impacto na assistência prestada pelos serviços de enfermagem, com destaque para o aumento da produtividade; maior conformidade de higiene das mãos; avaliação da dor com melhor qualidade; melhoria na gestão dos riscos; aumento das ações de enfermagem voltadas para a prevenção dos riscos; melhoria da qualidade de informação clínica e também de medicação dos pacientes (AWA et al., 2011).

Outros estudos apontam uma correlação entre a acreditação hospitalar e a melhoria dos cuidados de enfermagem. Uma instituição acreditada também proporciona maior segurança aos pacientes e profissionais, uma vez que há critérios que devem ser cumpridos para o alcance da qualidade total, o que irá impactar na qualidade com que os serviços são realizados (CALDANA et al., 2013a).

Destaca-se que estudos voltados à avaliação da qualidade do cuidado são necessários e fundamentais para subsidiar novas práticas. É necessário que a Enfermagem mude o foco do “fazer” e do “como fazer”, para o “porque fazer” e “o que fazer”. Para isso será necessário que o profissional tenha uma visão mais abrangente de seu trabalho, e utilize ferramentas baseadas em indicadores para acompanhar seu desempenho e mensurar a qualidade da assistência prestada. Com base nos resultados obtidos, poderão ser estabelecidas metas e propostas de intervenções que possibilitem a melhoria do cuidado e uma gerência melhor instrumentalizada (CALDANA et al., 2013a).

Pesquisa realizada em Goiânia investigou a qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação do paciente com esses cuidados. Os achados revelaram que nenhum dos cuidados de enfermagem alcançou o nível desejável de assistência, e que apenas dois foram considerados seguros – higiene e conforto físico; nutrição e hidratação – ambos pertencentes às necessidades humanas básicas psicobiológicas. Esses dados mostram que a enfermagem possui dificuldade em ampliar a abrangência de seus cuidados, de modo a incluir as necessidades emocionais e psicoespirituais dos pacientes (FREITAS et al., 2014).

A melhoria contínua da qualidade assistencial deve ser considerada pelos enfermeiros, priorizando a identificação dos fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem, para a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem

avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados. O enfermeiro precisa analisar os resultados da assistência prestada para definir ou redefinir estratégias gerenciais (GABRIEL et al., 2011).

Ressalta-se que a avaliação de serviços transpõe a medida de resultados. É a oportunidade de observar o que ocorre no serviço, e com isso, potencializar as possibilidades de análise e de planejamento para intervenções, de forma a possibilitar uma melhor organização dos serviços (SANTOS; SOARES, 2014). Embora a avaliação tenha uma aparência de processo administrativo, ela deve ser motivada pelo cuidado ao paciente e por suas necessidades de saúde.

Dada a trajetória percorrida no que se refere aos quesitos avaliação e qualidade, diversos autores apresentam e defendem o que consideram importante avaliar, de tal forma que há uma infinidade de conceitos e de sugestões ferramentais, o que torna necessário optar por um dos modelos disponíveis para fundamentação da pesquisa (SANTOS; SOARES, 2014). Apesar da vasta produção conceitual sobre o tema da avaliação de serviços, há consenso entre diversos autores sobre a proposta tridimensional de Avis Donabedian, que defende a avaliação segundo as dimensões de estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1978, DONABEDIAN, 1988).

3.1.1 Avaliação de serviços com base no modelo Donabediano

A abordagem referente à avaliação da qualidade dos serviços de saúde vem, com frequência, acompanhada dos conceitos de Donabedian, autor de referência na literatura para a temática. Donabedian (1990) conceituou três aspectos para verificação da qualidade da assistência: estrutura, processo e resultado.

A estrutura corresponde às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais em que ocorre o cuidado (DONABEDIAN, 1992). Embora a estrutura possa ser entendida como algo abstrato, alguns autores definem a estrutura como infraestrutura, não atuando diretamente no âmbito assistencial, mas compreendida como a parte física, contendo pessoas e recursos materiais, financeiros, tecnológicos, informacionais. Nessa perspectiva é possível elencar como indicadores: identificação/sinalização; acessibilidade; biossegurança; espaço para espera e facilidades, como bebedouros, instalações sanitárias; espaço para otimização de recursos (SANTOS; SOARES, 2014). Estudo nacional que avaliou a qualidade da assistência à saúde em serviço de emergência segundo este modelo, avaliou na dimensão estrutura, questões

relacionadas a recursos humanos, materiais, físicos, financeiros e o modelo organizacional (MORAIS; MELLEIRO, 2013).

O processo constitui-se na própria dinâmica do cuidado, que se expressa pelas inter-relações entre provedor e receptor de cuidados (manejo dos problemas apresentados pelos usuários). O processo depende da estrutura e engloba os cuidados diretos, os não diretos e o padrão de comportamento dos profissionais. Esta abordagem corresponde ao conjunto das atividades desenvolvidas entre prestadores de cuidados e usuários, no âmbito de um serviço, desde a admissão à alta (DONABEDIAN, 1990).

Os processos são atividades coordenadas que envolvem pessoas, procedimentos e tecnologias, visando os objetivos que podem ser de produção, atendimento e satisfação. Em geral, são de difícil visualização para o olhar externo, mas fundamentais para o sucesso do trabalho e alcance dos objetivos. Entender os processos existentes na organização e sua funcionalidade é importante para definir como geri-los e otimizá-los. Os processos podem ser divididos segundo acesso, evasão e seguimento de cuidado; qualidade de informação; atenção aos tempos para atendimento; e adesão a protocolos (SANTOS; SOARES, 2014). Estudo citado anteriormente agrupou os achados referentes à categoria processo em itens técnico-científico, interpessoal e ambiental (MORAIS; MELLEIRO, 2013). Pesquisadores e profissionais da área de enfermagem têm utilizado com maior frequência os indicadores de processo para avaliar a qualidade da assistência, e apesar da análise dos processos não ser o único indicativo da qualidade da assistência, ele é considerado fundamental (CALDANA et al., 2013a).

O resultado é o produto final da assistência prestada. Como resultados podem ser inclusas as mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado. Os resultados possuem a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo servir de indicadores para a avaliação indireta da qualidade, tanto da estrutura quanto do processo (DONABEDIAN, 1990). É possível avaliar os resultados por meio de três eixos, complementares entre si: avaliação de produtividade; avaliação de satisfação; avaliação de resultados em saúde com ênfase na qualidade do cuidado (SANTOS; SOARES, 2014).

Considerando que tais efeitos estão intimamente relacionados com as expectativas dos usuários em relação ao serviço, as proposições avaliativas do resultado da assistência no estudo de Moraes e Melleiro (2013) foram agrupadas em desempenho dos serviços, que indica se a oferta promoveu o que o usuário necessitava, esperava ou desejava; a equidade, que enfoca o julgamento de justiça distributiva, processual e interacional em relação ao tratamento

recebido por outros usuários e o acolhimento, que envolve as emoções que os usuários experimentaram na obtenção dos resultados da assistência recebida. Segundo os autores, a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens.

A qualidade do cuidado geralmente é avaliada sob a ótica da estrutura e do processo, por possibilitar aos enfermeiros dados mais objetivos e concretos no âmbito da Enfermagem (VITURI; MATSUDA, 2009), havendo pouco ou nenhum foco na avaliação final dos resultados, o que implicaria analisar resultados que estão relacionados ao trabalho de todos os profissionais envolvidos na assistência (GABRIEL et al., 2011). É reafirmada a necessidade de avaliações que busquem um olhar mais ampliado para a qualidade dessa assistência, sendo relevante que o enfermeiro se instrumentalize com indicadores que avaliem a estrutura, o processo e os resultados de seu trabalho (CALDANA et al., 2013a).

Freitas et al. (2014) identificou em seu estudo que a variabilidade de respostas acerca da satisfação de usuários em um hospital de ensino indica que, apesar de os usuários fazerem parte de um mesmo contexto – o da internação hospitalar –, possuem conceitos de qualidade próprios, pautados em sua cultura, seus valores e experiências. Mas há consenso na literatura de que para que ocorra qualidade no atendimento em saúde é fundamental que os serviços disponham de recursos físicos, humanos, materiais adequados, planejamento e valorizem o vínculo afetivo como elo na relação usuário-trabalhador (BELLUCI; MATSUDA, 2011).

Para Donabedian, a avaliação não deve descuidar dos aspectos técnicos e relacionais. As questões técnicas referem-se ao conhecimento, ao julgamento e à competência do profissional no sentido de utilizar estratégias que visem à otimização do cuidado, maximizando resultados e minimizando riscos. As questões relacionais referem-se às interações entre pessoas, em especial entre o ser cuidador e o ser cuidado (DONABEDIAN, 1978, DONABEDIAN, 1988, SANTOS; SOARES, 2014).

A enfermagem é percebida e conhecida como a profissão do cuidado (BARBOSA; MARANHÃO, 2012). Entende-se o cuidado como um elemento primordial nas relações humanas para o bem-estar e manutenção da saúde, sendo um elo que fortalece e potencializa o processo de recuperação na condição de saúde-doença. No entanto, quando o cuidado não acontece pode ocasionar ressonâncias negativas para o indivíduo. Dentre os serviços que enfrentam dificuldades para fornecer o cuidado esperado pelos usuários, encontra-se o serviço de emergência, que devido a superlotação, tem se tornado insuficiente para suprir a demanda da clientela (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

3.2 Qualidade do cuidado nos serviços de emergência

Dentre os setores de um hospital, é provável que o serviço de emergência seja um dos mais críticos em relação à promoção da qualidade do atendimento, visto que as relações da equipe de saúde com o usuário acontecem de forma fragmentada, sendo esses, por muitas vezes, não tratados como protagonistas de seu processo terapêutico, mas como objetos de prática da saúde, tendo seus direitos minorizados (MORAIS, 2009). De acordo com o Ministério da Saúde, os serviços de emergência necessitam de uma melhor organização da assistência, definindo os fluxos e as referências adequadas. Este serviço requer uma transformação do atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado, que tem se mostrado insuficiente e pouco efetivo para dar conta dos desafios de saúde atuais (BRASIL, 2013a).

Os serviços de emergência apresentam especificidades, pois recebem pacientes com quadros clínicos de complexidade variada, em diferentes especialidades. As emergências correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil que na atenção primária e secundária, além de representarem, para a população, o local que detém maior concentração tecnológica. Desse modo, recebem demanda que poderia ter tido seus problemas de saúde resolvidos em outro nível de complexidade (COELHO et al., 2010). Muitas das regiões do Brasil apresentam dificuldades para atender a demanda em serviços de emergência, o que é evidenciado em resultados de estudos (BITTENCOURT, 2010, GONÇALVES et al., 2012).

Cabe ressaltar que a superlotação das emergências é uma realidade dos serviços públicos e também dos privados, tanto no Brasil como no exterior, em países em desenvolvimento ou desenvolvidos (BITTENCOURT; HORTALE, 2009, BETANCUR et al., 2010, BELLUCI; MATSUDA, 2011; JENNINGS et al., 2015). Outra questão a destacar é que o quadro de profissionais não acompanha a mesma elevação que o número de usuários que buscam os serviços de emergência (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

A realidade do atendimento em emergência, frequentemente divulgada pela mídia, aponta para a escassez de leitos e profissionais para atender à demanda e às necessidades dos usuários, cuja qualidade do cuidado é comprometida. O serviço de emergência, entendido como principal porta de entrada das instituições terciárias em saúde, agrega e expõe problemas oriundos dos demais serviços, que não absorvem os atendimentos gerados, superlotando as emergências (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011). As causas que levam ao aumento da demanda nos serviços de urgência e emergência são diversas e refletem

questões sociais, epidemiológicas e culturais, além de aspectos relativos à organização do sistema de saúde (COELHO et al., 2010).

Os principais fatores que podem ser associados às dificuldades enfrentadas para atendimento em serviços de emergência são baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde; modelo assistencial fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos usuários; falha de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica; insuficiência de portas de entrada para casos agudos de média complexidade; má utilização das portas de entrada da alta complexidade; insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente em unidades de terapia intensiva e retaguarda para as urgências; deficiências estruturais da rede assistencial (área física, equipamentos, gestão de pessoas); e baixo investimento na qualidade e educação permanente dos profissionais de saúde (MORAIS, 2009).

Estudo realizado em serviços de emergência da Colômbia apontou que usuários consideram o serviço de emergência como um local repleto de dificuldades para o atendimento, entre elas a admissão; a incompreensão e insensibilidade dos profissionais; perda de tempo com a classificação de risco; obstáculos para obter informação; informação passada com clichês pelos profissionais; ser espectador; e impossibilidade de ser acompanhado por familiares (BETANCUR et al., 2010).

Já ao ser avaliada a qualidade de um pronto socorro paranaense, seis itens foram considerados com qualidade sofrível (menor que 70%), sendo as informações fornecidas pela Recepção no momento da internação; silêncio e iluminação para o repouso na enfermaria; informações do Serviço de Enfermagem sobre as medicações; acompanhamento do paciente até a portaria no momento da alta; e possibilidade de troca/complementação de alimento pelo Serviço de Nutrição (SELEGUIM et al., 2010).

Em estudo de Hollanda et al. (2012), a privacidade nas consultas foi o aspecto em que os usuários identificaram maior falha nos serviços. Cerca de 60% dos entrevistados afirmaram que, durante a realização da consulta ou exame, outros profissionais entraram na sala sem solicitar permissão. A inexistência de local apropriado para a troca de roupa para a realização de exames foi outro aspecto da privacidade apontado como deficitário por 56,4% dos usuários (HOLLANDA et al., 2012). Devido à superlotação dos serviços de emergência, a privacidade fica comprometida, e os usuários podem ficar suscetíveis a situações de constrangimento.

A equipe de enfermagem presente nos serviços de emergência necessita atentar para os cuidados específicos ao paciente, proporcionando-lhes um ambiente tranquilo, visto que a saúde física fragilizada dos usuários que vivenciam uma experiência de atendimento em um

serviço de emergência muitas vezes torna o estado emocional também frágil. É desejável que seus cuidadores estejam dotados de maior grau de sensibilidade para o atendimento das suas necessidades, inclusive das subjetivas (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

Nos últimos anos, pesquisas foram desenvolvidas com o objetivo de conhecer a percepção do paciente hospitalizado em relação ao cuidado recebido (ROMERO et al., 2011, HIDALGO et al., 2012, PENA, MELLEIRO, 2012, WRIGHT et al., 2013). Entretanto, poucas são as que demonstram a relação entre a qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação dos pacientes (MORAIS; MELLEIRO, 2013, FREITAS et al., 2014).

3.3 Satisfação de usuários com cuidados de enfermagem

A satisfação dos usuários é o resultado de uma avaliação positiva que o cliente faz sobre determinado produto ou serviço, quando suas expectativas e necessidades são atendidas. Ao procurar um serviço o cliente possui uma perspectiva definida de como deve ser o atendimento e a partir disto julga seu desempenho. Sendo assim, a satisfação pode ser influenciada por diferentes fatores, como: as características específicas do serviço, o preço, as percepções de qualidade, o humor ou estado emocional do cliente e as opiniões de familiares (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011).

A avaliação dos serviços de saúde, na perspectiva da satisfação dos usuários, proporciona respeitabilidade aos sujeitos do processo e informações essenciais para a gestão. Dessa forma, gestores e trabalhadores podem aprofundar seu conhecimento sobre as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde e buscar opções de melhoria do cuidado que possam satisfazê-los (DIAS; RAMOS; COSTA, 2010). Isso porque, a opinião destes pode revelar aspectos em que as suas expectativas não foram plenamente atendidas, e assim, auxiliar no direcionamento de estratégias de melhoria da qualidade do atendimento (SELEGUIM et al., 2010).

As pesquisas de satisfação na área da saúde começam a ser feitas na década de 1970, visando à adesão dos pacientes ao tratamento médico (ANDRADE; VAISTMAN; FARIAS, 2010). Com Donabedian (DONABEDIAN, 1990), tornam-se um instrumento para medir também a qualidade dos serviços. E a partir daí, diferentes modelos teóricos e metodológicos passam a orientar estas pesquisas, levando em conta diferentes dimensões e componentes da satisfação.

A avaliação dos serviços pelos usuários popularizou-se na Europa e nos Estados Unidos a partir dos anos 1980, em geral através de *surveys*. No setor saúde, a concepção de

administração pública voltada para a qualidade deu aos pacientes um lugar importante na avaliação dos serviços. A satisfação do usuário começou a ser vista como legítima, tornando-se um atributo da ideia de qualidade, um objetivo em si e não apenas um meio de fazer com que o paciente aderisse ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos anteriores (HOLLANDA et al., 2012).

A literatura aponta a inexistência de consensos sobre os termos satisfação dos usuários. Parte do problema reside em conceituar os termos “satisfação” e “usuário” (ESPERDIÃO; TRAD, 2006). Observa-se também que a literatura apresenta a medida da satisfação de “pacientes”, “usuários” ou “consumidores”, dependendo do modelo utilizado, mas há concordância de que todos se baseiam nas percepções do paciente em relação às suas expectativas, valores e desejos (HOLLANDA et al., 2012).

A definição de satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem mais amplamente aceita na literatura é a proposta por Risser (1975), que a considera como o grau de congruência entre as expectativas e as percepções subjetivas do paciente sobre o cuidado recebido. A satisfação também é definida pela comparação entre as expectativas que o indivíduo tem acerca do atendimento que irá receber e a experiência real dos cuidados recebidos, sendo compreendida como resultado positivo de quando o cuidado excede ou corresponde às expectativas. A satisfação com os cuidados prestados é reconhecida como importante instrumento para a medida da qualidade dos serviços de saúde e permite identificar o que pode ser melhorado na prática assistencial (BLANK et al., 2013), norteando o planejamento das ações, tomada de decisão e monitoramento dos resultados (PENA, MELLEIRO, 2012).

A enfermagem é consciente de sua responsabilidade diante da satisfação do usuário e da qualidade do cuidado que deve fornecer no serviço que atende. Os enfermeiros, por sua vez, atuam tanto na assistência quanto no gerenciamento dos serviços de saúde e estão constantemente envolvidos com a qualidade do cuidado prestado. Eles têm a oportunidade de aproximar-se de quem recebe os cuidados, compreendendo melhor os anseios e expectativas desses indivíduos e aprimorando a prática de cuidar com qualidade (ROCHA; TREVISAN, 2009).

Em estudo desenvolvido por Blanco-Abril et al. (2010) para medir a satisfação geral de usuários com os cuidados de enfermagem durante permanência nos serviços de urgência em hospital universitário em Madrid, Espanha, foi identificado grau de satisfação total de 89,2%, 90,9% de satisfação com a competência do enfermeiro e 40,4% de satisfação com a informação que a enfermeira proporciona durante a alta. Ao analisarem os resultados de

satisfação em função do grau percebido de resolução do problema, os autores encontraram diferenças significativas na satisfação total desses usuários. A satisfação aumentava conforme o grau de percepção de resolução. Os indivíduos com maior satisfação eram os que haviam respondido que seus problemas haviam sido totalmente resolvidos.

Em contraponto, Betancur et al. (2010) afirmam que a normatividade e a atitude dos trabalhadores dos serviços de urgência podem fazer com que os usuários vejam o processo de atenção à urgência como uma série de obstáculos, o que os leva a considerar a atenção à saúde como desumanizada nesses serviços. Para os participantes, o profissional de saúde pode servir tanto como entrave, quanto como facilitador no processo de permanência nos serviços de urgência.

Em unidade de urgência, foi considerado que a alta demanda por cuidados e o número reduzido de trabalhadores, associados à distância do Posto de Enfermagem em relação às enfermarias dificultaram tanto a recepção dos usuários, como a presença frequente do profissional de enfermagem e atendimento imediato às solicitações. Apesar dessas limitações, os usuários perceberam que os trabalhadores, além de atendê-los rapidamente, foram atenciosos e educados, e deram informações detalhadas sobre os cuidados e procedimentos realizados (SELEGUIM et al., 2010).

Apesar de a literatura já haver constatado a importância de se mensurar a satisfação dos usuários em serviços de saúde (DORIGAN; GUIRARDELLO, 2013), existem autores que questionam a capacidade crítica e avaliativa desses indivíduos. Bernhart et al. (1999), comenta a existência de um “viés de gratidão”, sentimento que certos pacientes podem apresentar quando conseguem atendimento, fazendo com que possíveis problemas fiquem em segundo plano. Esse viés foi percebido devido à identificação de correlação fraca a moderada entre qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente.

Paiva e Gomes (2007) também já supunham que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde brasileiros pode contribuir para que o atendimento seja considerado satisfatório, somente pelo fato de tê-lo conseguido. Segundo os autores, ainda há a necessidade de os usuários reconhecerem a utilização dos serviços de saúde como um direito e que, como tal, independentemente de sua avaliação sobre o serviço, ele continuará a receber a assistência. Os usuários precisam colocar-se numa situação crítica e participativa diante da instituição e não como se estivessem recebendo um favor.

Ainda Freitas et al. (2014) afirmam que os bons níveis de satisfação podem estar apoiados no fato de os usuários terem baixo nível socioeconômico e de escolaridade, desconhecendo princípios básicos da qualidade dos serviços de saúde que deveriam ser

cumpridos, logo, esperam menos do serviço e não sabem pelo quê cobrar. No entanto, outros autores refutam as críticas, afirmando que os usuários estão cada vez mais informados sobre seus direitos e exigindo maior qualidade ao consumir serviços e produtos, deixando de agir de forma passiva e condescendente (BARBOSA; MELO, 2008).

Em Santa Catarina, usuários manifestaram sua insatisfação e descontentamento com as ações e atitudes da equipe de enfermagem em um serviço de emergência, tais como a falta de informação; demasiado tempo para o atendimento de suas necessidades; não prioridade de atendimento aos idosos; calma e respeito esgotados e, por vezes, tratamento grosseiro, frio e insensível. Ainda salientam em seus depoimentos a transferência de responsabilidade observada entre os profissionais, seja para sanar uma dúvida, seja para realizar um procedimento de sua competência (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

Estudos semelhantes em unidades de emergência têm mostrado que o tempo de espera para consultas também é alvo recorrente de insatisfação (BETANCUR et al., 2010, HIDALGO et al., 2012). É preciso ressaltar que ouvidorias e avaliações negativas não devem ser consideradas desagradáveis, pois esta é uma forma de diagnosticar previamente situações que podem vir a tornar-se um problema (SANTOS; SOARES, 2014).

Também é importante citar que existem fatores que podem influenciar a satisfação de forma positiva ou negativa. Em unidade de gastroenterologia, as variáveis sexo, grau de escolaridade e tempo de permanência na unidade foram fatores que influenciaram o julgamento dos pacientes hospitalizados em relação ao nível de satisfação com os cuidados de enfermagem, enquanto o estado civil e a idade não influenciaram essa avaliação (DORIGAN; GUIRARDELLO, 2010). A satisfação com o serviço de saúde também é influenciada pela expectativa destes indivíduos com a qualidade do serviço no qual serão atendidos. Por sua vez, um dos elementos que moldam a expectativa é a experiência prévia com outras unidades de saúde (HOLLANDA et al., 2012).

A avaliação do paciente por meio de sua satisfação quanto à qualidade da assistência de enfermagem pode fornecer informações importantes para o planejamento e direcionamento do cuidado, de modo a atender as necessidades desses sujeitos, propiciando a participação ativa do paciente em seu cuidado e proporcionando melhor qualidade ao serviço (DORIGAN; GUIRARDELLO, 2013, CALDANA et al., 2013a). Incorporar a visão dos usuários na gestão das organizações públicas abre um caminho que favorece mudanças culturais nas relações entre o estado e a sociedade no setor saúde (HOLLANDA et al., 2012).

Segundo a literatura (DORIGAN; GUIRARDELLO, 2013), a utilização de instrumentos específicos e confiáveis tem sido a maneira mais utilizada para avaliar a percepção quanto à qualidade do cuidado.

4 MÉTODO

Este capítulo aborda detalhadamente o delineamento e os passos metodológicos que foram seguidos para a realização do estudo, bem como o local, a população e a amostra, os procedimentos para coleta e análise de dados e as considerações éticas que embasaram a presente investigação.

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo, de corte transversal. A pesquisa quantitativa pode ser definida como investigação de fenômenos cuja finalidade é a medição e quantificação precisa. É tipicamente dedutiva – a maioria das ideias e conceitos é reduzida a variáveis e as relações entre elas são testadas (POLIT; BECK, 2011). O conhecimento é baseado em observação, medição e interpretação da realidade objetiva (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

Os estudos descritivos são usados para sintetizar e descrever dados quantitativos. Têm como objetivo principal retratar com precisão as características de sujeitos, situações ou grupos, e a frequência com que certo fenômeno ocorre. O processo descritivo visa identificar, registrar e analisar as características ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo pesquisado (POLIT; BECK, 2011).

Estudos transversais envolvem a coleta de dados em determinado ponto temporal. Todos os fenômenos estudados são contemplados durante um período de coleta de dados. Esses modelos mostram-se apropriados para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Campo do estudo

O presente estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital público, geral e universitário, que atende cerca de 60 especialidades, disponibilizando desde procedimentos simples até os mais complexos. Possui área física de 128.339,36 m², com capacidade ocupacional de 845 leitos (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016a). O HCPA obteve acreditação internacional concedida pela *Joint Commission International* (JCI) no ano de 2013, sendo a primeira instituição universitária pública do

Brasil e a terceira na América do Sul a possuir o selo de acreditação concedido a hospitais que também são centros acadêmicos (SCHÄFER, 2016).

O Serviço de Emergência do HCPA foi criado em 1976 e caracteriza-se pelo atendimento a mais de 5 mil pacientes, por mês, oriundos de diversas localidades do Rio Grande do Sul e de outros estados. O serviço dispõe de 58 leitos, sendo 49 leitos para adultos e nove leitos pediátricos. Conta, ainda, com 14 consultórios, sete ambientes para procedimentos e exames, e sete ambientes de observação (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016a).

A estrutura física do Serviço de Emergência para atendimento a pacientes adultos é composta de cinco áreas: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, Unidade de Observação Verde (UOV), Unidade de Observação Laranja (UOL), Unidade de Internação (UI) e Unidade Vascular (UV) (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016a). No ano de 2014, ocupava área aproximada de 1,4 mil metros quadrados. Em 2012, ocorreu uma reestruturação, com ampliação de 136 m² da área física e modificação de áreas de localização de pacientes, para qualificar os processos de atendimento (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016a).

A equipe de enfermagem do serviço é composta por 41 enfermeiros e 118 técnicos de enfermagem (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016b). A equipe fica dividida entre as salas, sendo que há um processo de trabalho específico em cada sala de atendimento. As atividades da equipe de enfermagem se desenvolvem nos turnos: manhã (das 7h às 13h15min), tarde (das 13h às 19h15min), noite 1, 2 e 3 (das 19h às 7h15min), intermediário (das 19h à 1h15min) e sexto turno (enfermeiros que trabalham nos finais de semana e feriados das 7h às 19h15min). O atendimento dos pacientes segue classificação de gravidade conforme Protocolo do Sistema de Classificação de Risco de Manchester (MACKWAY-JONES; MARDES; WINDLE, 2010).

No Serviço de Emergência do HCPA, as principais patologias clínicas atendidas nos adultos são intercorrências em pacientes oncológicos, insuficiência coronariana aguda, pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, pielonefrite, intercorrências clínicas em pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV), hemorragia digestiva, crise asmática e acidente vascular encefálico agudo (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016a).

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por usuários adultos atendidos no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e, posteriormente, encaminhados para as unidades de internação clínicas e cirúrgicas. A população foi identificada por meio de listas dos pacientes que internaram nas unidades clínicas e cirúrgicas, fornecidas pelo Serviço de Emergência. Era solicitada nova lista após o esgotamento de pacientes ou término do prazo de sete dias após a saída dos participantes da emergência.

Pensando-se em buscar uma representatividade numérica que possibilite a generalização, foi definida uma amostra de 385 participantes ($n=385$) calculada no programa estatístico WinPEPI (Programs for Epidemiologists for Windows), versão 11.43, considerando nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. A amostra foi selecionada de forma consecutiva, nos meses de agosto a novembro de 2015. A amostra consecutiva consiste em recrutar cada paciente que preencher os critérios de seleção dentro de um intervalo de tempo especificado ou número de pacientes. Todas as pessoas elegíveis devem ser incluídas na ordem que são vistas. É considerada a melhor e a mais utilizada dentro das técnicas de amostragem não probabilística (LUNA, 1998).

Os critérios de inclusão na amostra foram: usuários com idade igual ou maior que 18 anos que tinham recebido atendimento no serviço de emergência por um período mínimo de seis horas e que estavam internados em unidade de internação clínica ou cirúrgica. Optou-se por incluir os usuários que permaneceram por mais de seis horas na emergência por entender que eles teriam melhores condições de avaliar o serviço e o cuidado prestado pela equipe de enfermagem, devido ao maior tempo de permanência. Esse critério de inclusão também foi utilizado em estudo que aplicou o mesmo instrumento de coleta de dados em serviço de emergência (MORAIS; MELLEIRO, 2013).

Os critérios de exclusão foram: usuários em estado de sedação, coma, ou déficit cognitivo importante; usuários não alfabetizados; e usuários atendidos no serviço de emergência há mais de sete dias, a fim de minimizar um possível viés de memória e a influência do atendimento recebido durante o período na unidade de internação.

A amostra foi composta por todos os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado o questionário “Percepção de usuários acerca da assistência de enfermagem na Unidade de Emergência de Adultos (UEA)” (ANEXO A), construído e validado pelo autor Alexandre Souza Moraes para uso em sua dissertação, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Marta Maria Melleiro (MORAIS, 2009).

O instrumento foi desenvolvido com o intuito de analisar a qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência de adultos a partir da percepção dos usuários. A construção do instrumento foi pautada em revisão da 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 (MORAIS, 2009).

Trata-se de um instrumento autoaplicável, elaborado com afirmativas, com base no modelo Donabediano para a avaliação de serviços, em dimensões de Estrutura, Processo e Resultado (MORAIS, 2009, MORAIS; MELLEIRO, 2013). Esse modelo também tem sido utilizado por órgãos governamentais e entidades acreditadoras na avaliação de serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2006, MORAIS, 2009).

Possui 33 proposições, divididas em três dimensões, sendo a dimensão Estrutura, Processo e Resultado, com 11 questões para a avaliação de cada dimensão. Das 33 proposições, 20 possuem cunho positivo e 13 são proposições negativas. Para as respostas é utilizada uma escala psicométrica do tipo Likert com cinco alternativas: Concordo totalmente; Concordo parcialmente; Nem concordo nem discordo; Discordo parcialmente; Discordo totalmente (MORAIS, 2009, MORAIS; MELLEIRO, 2013).

A dimensão de estrutura compreende a relação da assistência de enfermagem com os recursos físicos, materiais, gestão de pessoas e modelo organizacional. Nessa dimensão são encontradas proposições que, aparentemente, podem não expressar uma correlação direta com a equipe de enfermagem, como por exemplo, aspectos referentes à hotelaria e alimentação, no entanto, esses dados foram incluídos, visto que também são de responsabilidade da gerência de enfermagem. A inclusão dos 11 elementos de avaliação obedeceu à lógica da finalidade do serviço de emergência, sendo agrupados em recursos físicos, materiais e humanos (MORAIS, 2009, MORAIS; MELLEIRO, 2013). As proposições referentes à dimensão Estrutura são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Proposições da dimensão Estrutura

NÚMERO	ITENS	PROPOSIÇÃO	ATRIBUTO
22	FÍSICOS	Foi fácil chegar à unidade de emergência	POSITIVO
04	FÍSICOS	O estado de conservação da unidade era precário	NEGATIVO
01	FÍSICOS	O local onde fui atendido era confortável	POSITIVO
10	FÍSICOS	Os banheiros não eram limpos	NEGATIVO
24	FÍSICOS	O local onde fiquei não permitiu minha privacidade	NEGATIVO
27	FÍSICOS	Percebi que havia placas de sinalização indicando os setores da unidade de emergência	POSITIVO
13	MATERIAIS	Faltaram roupas para meu atendimento	NEGATIVO
07	MATERIAIS	Faltaram equipamentos para meu atendimento	NEGATIVO
31	MATERIAIS	A unidade dispunha de todos os medicamentos que necessitei	POSITIVO
16	HUMANOS	Os profissionais de enfermagem eram capacitados	POSITIVO
19	HUMANOS	Faltaram profissionais de enfermagem para meu atendimento	NEGATIVO

Fonte: Adaptado de Moraes e Melleiro (2009).

A dimensão de processo refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na produção em geral, e no setor saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, desde a busca pela assistência até o diagnóstico e o tratamento. Para avaliação dessa dimensão foram desenvolvidas 11 proposições e os resultados foram agrupados nos itens técnico-científico, interpessoal e ambiental (MORAIS, 2009, MORAIS; MELLEIRO, 2013). A dimensão Processo é apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 – Proposições da dimensão Processo

NÚMERO	ITENS	PROPOSIÇÃO	ATRIBUTO
05	TÉCNICO-CIENTÍFICO	A equipe de enfermagem que me atendeu prestava os cuidados com segurança	POSITIVO
08	TÉCNICO-CIENTÍFICO	Os procedimentos eram realizados corretamente pela equipe de enfermagem	POSITIVO
32	TÉCNICO-CIENTÍFICO	O profissional da enfermagem não utilizou luvas ao prestar os cuidados	NEGATIVO
02	INTERPESSOAL	Fui tratado com respeito pela equipe de enfermagem	POSITIVO
11	INTERPESSOAL	Os profissionais da enfermagem que me atenderam chamavam-me pelo nome	POSITIVO

23	INTERPESSOAL	Os profissionais de enfermagem não se apresentavam antes de prestar os cuidados	NEGATIVO
26	INTERPESSOAL	A equipe de enfermagem ajudou-me a compreender meu estado de saúde	POSITIVO
17	INTERPESSOAL	A enfermagem foi clara ao informar sobre meu problema de saúde	POSITIVO
14	AMBIENTAL	Esperei muito tempo pelo atendimento de enfermagem quando cheguei à unidade	NEGATIVO
20	AMBIENTAL	A equipe de enfermagem realizava os exames prontamente	POSITIVO
29	AMBIENTAL	Percebi que os usuários em situação grave eram atendidos com rapidez	POSITIVO

Fonte: Adaptado de Moraes e Melleiro (2009).

Para este instrumento, os itens técnico-científicos são os que envolvem a aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde dos usuários. Já os itens classificados como interpessoais avaliam a relação que se estabelece entre o prestador de serviços e o usuário. Os itens categorizados como ambientais analisam as comodidades oferecidas aos usuários em termos de organização dos processos de trabalho (MORAIS, 2009).

A dimensão de resultados refere-se ao impacto da assistência na saúde dos usuários, segundo aspectos de desempenho do serviço, equidade de atendimento e acolhimento prestado pelo profissional de saúde ao usuário (MORAIS, 2009, MORAIS; MELLEIRO, 2013). Os itens que compõem a dimensão Resultado são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Proposições da dimensão Resultado

NÚMERO	ITENS	PROPOSIÇÃO	ATRIBUTO
15	PERFORMANCE	Observei melhora de minha saúde com os cuidados realizados pela equipe de enfermagem	POSITIVO
33	PERFORMANCE	O tratamento que recebi pela equipe de enfermagem possibilitou uma rápida melhora do meu estado de saúde	POSITIVO
06	PERFORMANCE	A equipe de enfermagem cometeu erros ao prestar os cuidados	NEGATIVO
28	PERFORMANCE	A enfermagem explicou os critérios de classificação por cores para o atendimento na unidade	POSITIVO
25	PERFORMANCE	A equipe de enfermagem não explicou os procedimentos que realizou	NEGATIVO

09	EQUIDADE	A equipe de enfermagem explicou os motivos pelos quais não podia atender-me de imediato	POSITIVO
12	EQUIDADE	Não fui informado sobre os serviços existentes que poderiam dar continuidade ao meu atendimento	NEGATIVO
03	ACOLHIMENTO	Os cuidados prestados pela equipe de enfermagem foram humanizados	POSITIVO
18	ACOLHIMENTO	A equipe de enfermagem considerou minha opinião durante o tratamento	POSITIVO
21	ACOLHIMENTO	Em nenhum momento fui questionado se estava satisfeito com o atendimento	NEGATIVO
30	ACOLHIMENTO	Não permitiram que meu acompanhante permanecesse ao meu lado	NEGATIVO

Fonte: Adaptado de Moraes e Melleiro (2009).

Os itens classificados como performance devem indicar se a oferta de serviços promoveu aquilo que o usuário necessitava, esperava ou desejava. As proposições de equidade buscam avaliar o julgamento de justiça distributiva, processual e interacional em relação ao tratamento recebido por outros usuários. Os itens selecionados como acolhimento envolvem as emoções que os usuários experimentaram na obtenção dos resultados da assistência recebida (SZYMANSKI; HENARD, 2001, MORAIS, 2009).

4.5 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados no período de 10 de agosto a 20 de novembro de 2015, mediante preenchimento do questionário pelos usuários. O convite para participação na pesquisa, bem como o preenchimento do questionário, aconteceu no leito em que o paciente se encontrava ou nos corredores nas unidades de internação clínicas e cirúrgicas, após o paciente ter recebido alta do serviço de emergência. Os participantes avaliaram a qualidade dos cuidados de enfermagem após terem finalizado o atendimento no serviço de emergência, a fim de proporcionar maior conforto e desinibição no preenchimento do instrumento.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, com o auxílio de uma bolsista de iniciação científica, que recebeu treinamento prévio à aplicação do questionário. Antes do convite para participação na pesquisa, eram feitos três questionamentos: se o paciente esteve no Serviço de Emergência do HCPA nos sete dias anteriores, quanto tempo em média ele havia permanecido no serviço de emergência, e por quais salas havia passado. Para avaliação

do déficit cognitivo, nos casos de dúvida sobre a possibilidade de participação no estudo, era consultada a enfermeira responsável pelo paciente naquele turno.

Após, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura do participante. A seguir, era entregue o instrumento de coleta de dados e explicado o exemplo fornecido na primeira folha (ANEXO A). Era, também, informado o provável horário de recolhimento do questionário, sendo no final daquele turno, ou no início do próximo, sendo disponibilizado um período mínimo de duas horas para o preenchimento. Os participantes foram orientados a deixar em branco as questões que não compreendessem ou aquelas nas quais tivessem dúvidas, sendo feito o preenchimento destas com o auxílio das pesquisadoras. Os questionários foram preenchidos pelos participantes; pelo participante com auxílio do familiar presente no momento da coleta; ou pelo participante com auxílio das pesquisadoras, em casos de dificuldade de leitura, dificuldade na escrita, ou solicitação do participante.

A coleta de dados aconteceu nos turnos manhã, tarde e noite, conforme disponibilidade dos participantes. Caso um participante não fosse encontrado no quarto após três visitas, era excluído da amostra. Visando maior organização e controle das informações, utilizou-se uma Lista de participantes da pesquisa (APÊNDICE A), contendo o nome, número de prontuário e data de coleta de dados de todos os que responderam o instrumento. Do total de pacientes convidados, 20 não aceitaram participar do estudo; 57 não tinham condições de responder devido à dor, agravamento da situação de saúde ou problemas cognitivos; e 14 receberam alta antes que o questionário fosse recolhido. Três pacientes abordados foram excluídos da amostra por terem permanecido menos de seis horas no serviço de emergência. Não foram convidados os sete pacientes da lista que se encontravam no setor de cuidados paliativos, devido à possível fragilidade física e emocional. Do total da lista, 355 usuários tiveram alta do hospital antes de receber o convite para participação na pesquisa.

Conforme recomenda Gil (2002), foi realizado pré-teste do instrumento, com a finalidade de adaptar a coleta de dados para a realidade do campo de estudo. O instrumento foi aplicado a dez respondentes, pois segundo Gil (2002), com o número mínimo de dez respondentes já é possível avaliar o instrumento. Após o pré-teste, não foi identificada nenhuma mudança necessária no procedimento de coleta de dados.

Após a finalização da coleta de dados dos 385 questionários, em 23 de novembro de 2015, iniciou-se a busca de informações nos prontuários eletrônicos. A ficha de caracterização (APÊNDICE B) continha as seguintes informações: número do prontuário; dia da semana e turno de ingresso no serviço de emergência; modalidade de atendimento (clínico ou

cirúrgico); unidade de internação em que estava no momento da coleta de dados; idade; sexo; cidade onde reside atualmente; bairro, se morador de Porto Alegre; grau de escolaridade; tempo de permanência na emergência; número de atendimentos prévios no serviço de emergência no último ano (considerados a partir da data da coleta de dados); classificação de risco recebida (emergência – classificação vermelha, muito urgente – classificação laranja, urgente – classificação amarela, pouco urgente – classificação verde, não urgente – classificação azul, sem classificação – cor branca); tempo de espera para classificação de risco; fluxograma da classificação de risco (o profissional identifica a queixa principal do usuário e aplica o protocolo seguindo as respostas das questões e dos discriminadores do fluxograma); salas em que recebeu atendimento no serviço e tempo de permanência em cada sala de atendimento.

4.6 Análise de dados

Os dados coletados por meio dos questionários e fichas de caracterização foram transcritos para planilhas eletrônicas (Microsoft Office Excel 2007), a fim de proceder ao tratamento estatístico. Após a digitação, os dados foram importados para um software de tratamento estatístico (Statistical Package for Social Sciences – SPSS Versão 21.0), no qual foram geradas tabelas.

As planilhas eletrônicas foram elaboradas com a conversão automática de escores, conforme instruções referidas por Moraes (2009). Cada assertiva recebeu uma pontuação (de um a cinco), levando-se em conta os itens positivos e os negativos. Nas proposições com atributo positivo, o grau 5 representa concordar totalmente e estabelece uma percepção favorável em relação ao fenômeno. Nas proposições com atributo negativo, a resposta discordar totalmente explicita uma atitude favorável. Portanto, no momento da análise, houve a inversão do grau 1 para o grau 5 nas proposições negativas, para que em ambos os casos fosse expressa a favorabilidade em relação às opiniões, segundo mencionado por Moraes (2009).

Os dados da ficha de caracterização dos participantes da pesquisa foram utilizados para descrever o perfil da amostra. Para análise, se utilizou estatística descritiva com elaboração de tabelas de frequência absoluta (n) e percentual (%) para as variáveis categóricas e cálculo de medidas de posição e dispersão (média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis contínuas.

Com o propósito de identificar características dos participantes associadas à percepção sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem do serviço de emergência, foi definida como variável dependente a média de pontuação das respostas do questionário. As variáveis independentes são: dia da semana e turno de ingresso no serviço de emergência; modalidade de atendimento (clínico ou cirúrgico); unidade de internação em que estava no momento da coleta de dados; idade; sexo; cidade onde reside atualmente; bairro, se morador de Porto Alegre; grau de escolaridade; tempo de permanência na emergência; número de atendimentos prévios no serviço de emergência no último ano; classificação de risco recebida; tempo de espera para classificação de risco; fluxograma da classificação de risco; salas em que recebeu atendimento no serviço e tempo de permanência em cada sala de atendimento.

Foram utilizados os testes t-Student e Análise de Variância (ANOVA) para comparar médias e correlação de Pearson para associação entre variáveis numéricas. Nos casos de assimetria, os testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis ou correlação de Spearman foram aplicados.

Também foi calculado o alfa de Cronbach para verificar a consistência interna dos itens do questionário. Ao coeficiente é atribuído valor de 0 a 1, sendo que 0 indica ausência total de consistência interna dos itens e 1 indica presença de consistência de 100% (HAIR et al., 2009). O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

4.7 Aspectos éticos

Este estudo está inserido no projeto de pesquisa intitulado “Avaliação de serviços de atendimento às urgências”, aprovado pelo Edital Universal número 14/2012 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Processo nº 478640/2012-9 e pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS, em 16/01/2013 (Projeto nº. 24238).

O projeto de dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ANEXO B), sob parecer número 1.159.552 e foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo pesquisa em seres humanos, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

Às pessoas que participaram desta pesquisa, por meio da prestação de informações para o preenchimento do questionário e da ficha de identificação, foi disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), lido e assinado pelo

participante. Foram assinadas duas vias deste termo de consentimento, ficando uma com o participante e outra com as pesquisadoras.

Conforme a Resolução Normativa 01/97 do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, para utilização dos dados dos prontuários dos pacientes e da base de dados do hospital, foi preenchido o Termo de Compromisso para Utilização dos Dados (ANEXO C). Foi preservada a privacidade dos participantes, mantendo-se seu anonimato.

Os usuários foram esclarecidos de que poderiam se recusar a participar e/ou desistir em qualquer momento do estudo. A pesquisa ofereceu mínimo risco aos participantes, relacionado ao tempo dedicado para responder as questões da pesquisa, além da possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder sobre algum tema abordado. Neste estudo não foram previstos benefícios pessoais para os participantes da pesquisa, sendo que os possíveis benefícios são para a população em geral a médio e longo prazo.

A fim de evitar qualquer constrangimento do participante ou um viés nas respostas, tendo em vista que as pesquisadoras são da área de Enfermagem, os participantes eram informados de que suas contribuições não acarretariam em qualquer tipo de prejuízo no atendimento prestado pela equipe de enfermagem nas unidades de internação.

Os autores do questionário “Percepção de usuários acerca da assistência de enfermagem na Unidade de Emergência de Adultos (UEA)” foram consultados via e-mail sobre a utilização do instrumento nesta pesquisa, tendo autorizado sua aplicação, desde que citadas as devidas referências (APÊNDICE D).

As pesquisadoras são responsáveis pela proteção das informações e pela manutenção de todos os dados referentes à pesquisa. O material será guardado em ambiente seguro por cinco anos, sendo descartado após essa data.

5 RESULTADOS

Neste estudo, os resultados serão apresentados sequencialmente, respondendo aos objetivos previamente apresentados. No primeiro tópico será apresentada a caracterização demográfica e de utilização do serviço dos participantes da pesquisa; em seguida será relatada a percepção dos usuários sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço de emergência; e por fim, serão identificadas as relações entre a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem com as variáveis demográficas e de utilização do serviço.

5.1 Características demográficas e de utilização do serviço de emergência dos participantes do estudo

Os resultados apresentados a seguir caracterizam demograficamente os participantes deste estudo e descrevem as características de sua utilização do serviço de emergência.

A média de idade dos usuários foi de 56,7 ($\pm 16,46$) e a mediana foi 59, sendo que a idade variou de 18 a 85 anos. Destaca-se o número de participantes com mais de 60 anos, que correspondeu a 46,7%. A faixa etária predominante foi a de 61 a 70 anos, seguida da faixa dos 51 a 60, conforme apresentado na Tabela 1.

Houve maior número de participantes do sexo masculino, com diferença de 1,2% para o sexo feminino. Pouco menos de 50% dos usuários eram moradores da capital, e 34,3% moradores da região metropolitana. Apenas três, dos 385 participantes não eram moradores do Rio Grande do Sul. Quanto à escolaridade, 47% dos participantes não concluíram o ensino fundamental e apenas 8,4% iniciaram o ensino superior.

Tabela 1 – Caracterização demográfica dos usuários do Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

	N	%
Idade		
18-30	34	8,8
31-40	40	10,4
41-50	42	10,9
51-60	89	23,1
61-70	102	26,5
71-80	64	16,6
81 ou mais	14	3,6

	N	%
Sexo		
Feminino	190	49,4
Masculino	195	50,6
Cidade de residência		
Porto Alegre	190	49,4
Região Metropolitana de Porto Alegre	132	34,3
Demais municípios do Rio Grande do Sul	60	15,6
Municípios de outros estados	3	0,8
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	181	47
Ensino Fundamental Completo	65	16,9
Ensino Médio Incompleto	17	4,4
Ensino Médio Completo	90	23,4
Ensino Superior Incompleto	16	4,2
Ensino Superior Completo	16	4,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Dentre os que residiam em Porto Alegre (n°=190), 19,5% eram moradores da Zona Sul, conforme Tabela 2. Apenas 7% eram moradores da Região Central da capital. A fim de manter a divisão popularmente conhecida como região central, norte, leste e sul, as zonas foram reagrupadas, adaptando-se a este formato. Dessa forma, neste estudo, a Zona Norte compreende as Zonas Norte e Nordeste; a Zona Leste representa a Zona Leste e inclui, também, a região do Partenon e Agronomia; e a Zona Sul compreende Zona Sul, Extremo Sul e Região do Glória e do Cristal.

Tabela 2 – Descrição da localidade de moradia dos usuários do Serviço de Emergência nas Regiões de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, 2016 (n=190)

Regiões de Porto Alegre	N	%
Região Central	27	7,0
Zona Norte e Nordeste	47	12,2
Zona Leste e região do Partenon e Agronomia	41	10,6
Zona Sul, Extremo Sul, Glória e Cristal	75	19,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os turnos de chegada ao serviço com maior representatividade foram os turnos da tarde (37,7%) e manhã (32,7%), respectivamente. Os dias da semana em que os usuários procuraram mais o serviço de emergência foram as quartas (17,7%) e sextas-feiras (17,4%), havendo decréscimo nos dias de final de semana (Tabela 3).

Houve predomínio de pacientes com atendimento clínico, comparado aos pacientes com atendimento cirúrgico. Das unidades de internação clínica, contabilizou-se maior número de participantes nas alas norte do 5º, 6º e 7º andar. Os participantes internados nas unidades cirúrgicas corresponderam a 22,6% (8º andar norte e sul e 9º andar norte e sul) e os internados com atendimento privado ou semiprivado representaram 3,6% (3º andar alas norte e sul e 4º andar ala sul).

Tabela 3 – Caracterização do atendimento ao usuário no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

	N	%
Turno		
Madrugada	41	10,6
Manhã	124	32,2
Tarde	145	37,7
Noite	75	19,5
Dia da Semana		
Domingo	37	9,6
Segunda-feira	63	16,4
Terça-feira	56	14,5
Quarta-feira	68	17,7
Quinta-feira	59	15,3
Sexta-feira	67	17,4
Sábado	35	9,1
Tipo de atendimento		
Clínico	286	74,3
Cirúrgico	99	25,7
Unidade de Internação		
3º Norte	2	0,5
3º Sul	5	1,3
4º Sul	7	1,8
5º Norte	77	20,0
5º Sul	5	1,3
6º Norte	79	20,5
6º Sul	24	6,2
7º Norte	84	21,8
7º Sul	15	3,9
8º Norte	19	4,9
8º Sul	32	8,3
9º Norte	30	7,8
9º Sul	6	1,6

	N	%
Nº de atendimentos no último ano		
Nenhum atendimento	212	55,1
De 1 a 3 atendimentos	131	34,0
Mais de 3 atendimentos	42	10,9
Classificação de Risco recebida		
Emergência	7	1,8
Muito urgente	227	59,0
Urgente	147	38,2
Pouco urgente	2	0,5
Sem classificação	2	0,5
Fluxograma da Classificação de Risco		
Mal estar em adulto	110	28,6
Problemas em extremidades	36	9,4
Diabetes	11	2,9
Dor torácica	19	4,9
Dispneia em adulto	60	15,6
Dor abdominal em adulto	75	19,5
Cefaléia	10	2,6
Diarreia e/ou vômitos	12	3,1
Problemas urinários	9	2,3
Outros	43	11,2
Tempo de Permanência no SE		
Até um dia	66	17,1
De um a três dias	75	19,5
De três a cinco dias	78	20,3
De cinco a sete dias	69	17,9
Acima de sete dias	97	25,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No ano anterior, 55% dos usuários não haviam utilizado o serviço de emergência nenhuma vez; 10,9% tiveram três ou mais atendimentos, sendo que um paciente recebeu 13 atendimentos. A classificação de risco recebida por 59% dos participantes foi muito urgente (classificação laranja), seguida da classificação urgente recebida por 38,2% (classificação amarela). Juntas, as duas classificações representam 97,2% da amostra. Nenhum paciente recebeu a classificação de cor Azul (não urgente). A média do tempo da chegada ao serviço até a classificação de risco foi de 20,5 minutos ($\pm 14,12$). A mediana foi de 16 minutos, sendo o tempo mínimo de 1 minuto e o máximo de 99 minutos.

Dos 52 fluxogramas utilizados para a Classificação de Risco, o de maior predomínio foi “Mal estar em adulto”, seguido de “Dor abdominal em adulto” e “Dispneia em adulto”. Os outros fluxogramas que não atingiram frequência significativa foram agrupados,

correspondendo a 11,2% da amostra. Sobre o tempo de permanência dos usuários no serviço de emergência, 25,2% permaneceram por sete dias ou mais, 20,3% ficaram no serviço de três a cinco dias e 17,1% passaram menos de 24 horas no serviço. A média do tempo de permanência foi de 105,97 horas ($\pm 70,15$). O tempo mínimo de atendimento foi 6,07 horas e o máximo foi de 288,03 horas.

Das quatro salas de atendimento do serviço de emergência (Tabela 4), a Unidade de Observação Verde foi a sala com maior número de usuários atendidos (68,8%), seguida da Unidade de Observação Laranja (56,9%).

Tabela 4 – Caracterização do atendimento nas salas do Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)*

	UO Verde	UO Laranja	Unidade Intermediária	Unidade Vascular
Nº (%)	265 (68,8)	219 (56,9)	79 (20,5)	48 (12,5)
Tempo				
Mediana	27,2	87,4	85,2	37,3
Percentil 25	12,7	42,6	57,3	21,1
Percentil 75	57,1	138	128	62
Mínimo	3	0,5	4	3
Máximo	221,1	249,6	232	140

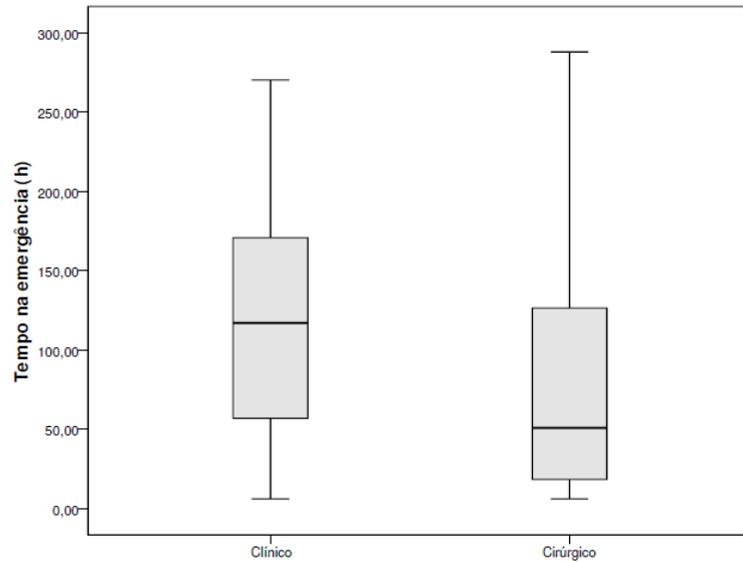
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Cada participante pode ter recebido atendimento em mais de uma sala do serviço de emergência, de forma que a soma das frequências de utilização das salas poderá ser superior a 385.

A sala com maior mediana de tempo de internação foi a Unidade de Observação Laranja, que diferiu por 2,2 horas da Unidade Intermediária. A Unidade de Observação Verde apresentou a menor mediana, de 27,2 horas. O tempo máximo de internação por sala foi de 249,6 horas na sala Laranja.

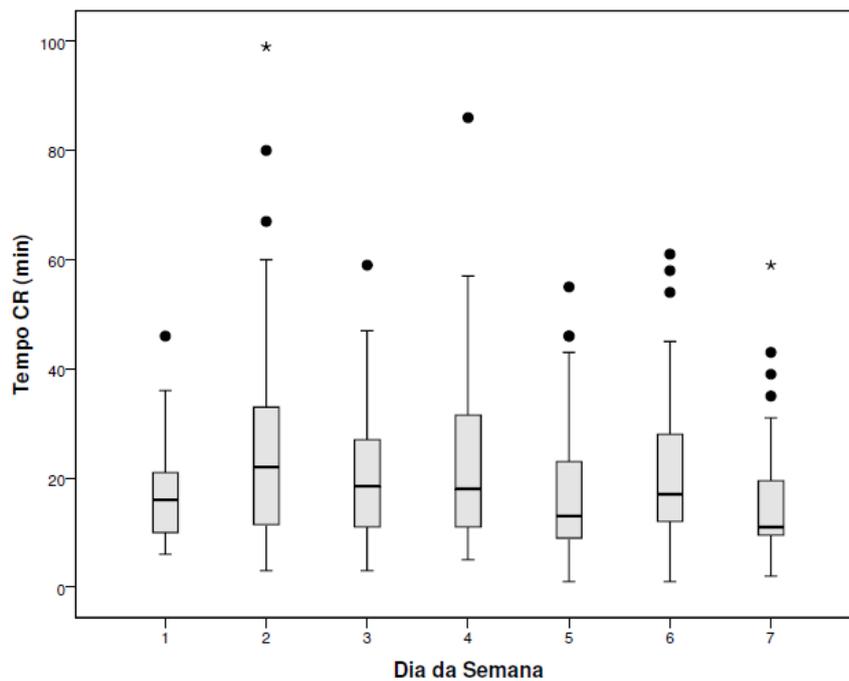
Dentre as variáveis apresentadas neste estudo, algumas apresentaram associação significativa. Um exemplo é o tempo de atendimento no Serviço de Emergência, que foi significativamente maior para os pacientes clínicos (MD=117) do que para os cirúrgicos (MD=50,9), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), conforme representado na Figura 1.

Figura 1 – Comparação do tempo de atendimento no Serviço de Emergência entre os tipos de atendimento recebido ($p < 0,001$), Porto Alegre, RS, 2016



Houve também diferença significativa entre o tempo demandado até a classificação de risco e o dia da semana de chegada à emergência. Constatou-se que aos sábados (MD=11), o tempo de classificação de risco era menor que nos demais dias, e nas segundas, terças e quartas (MD de 22, 18,5 e 18, respectivamente) era maior (Figura 2).

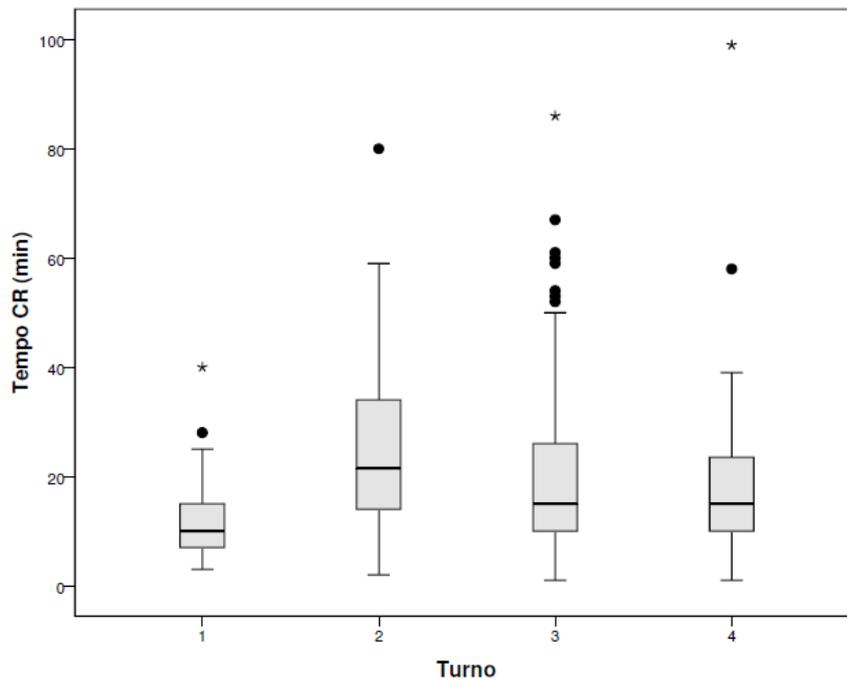
Figura 2 – Comparação do tempo demandado até a classificação de risco entre os dias da semana de chegada ao Serviço de Emergência ($p = 0,021$), Porto Alegre, RS, 2016



Legenda: 1-Domingo (MD=16); 2-Segunda-feira (MD=22); 3-Terça-feira (MD=18,5); 4-Quarta-feira (MD=18); 5-Quinta-feira (MD=13); 6-Sexta-feira (MD=17); 7-Sábado (MD=11).

Na comparação do tempo demandado até a classificação de risco entre os turnos de atendimento, identificou-se menor tempo de classificação de risco no turno da madrugada (MD=10), quando comparado aos demais turnos de atendimento (Figura 3). O turno com maior tempo para classificação de risco foi a manhã (MD=21,5).

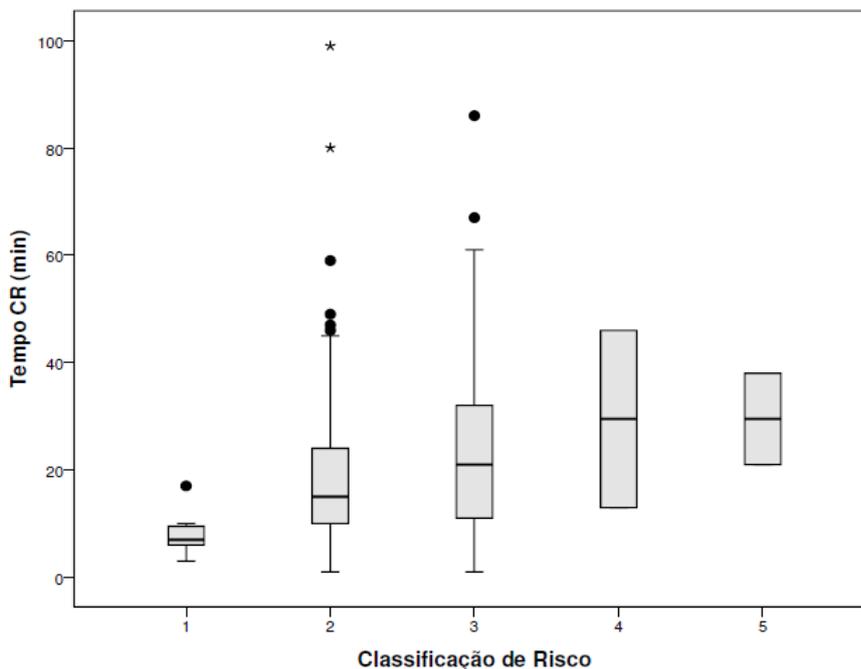
Figura 3 – Comparação do tempo demandado até a classificação de risco entre os turnos de chegada ao Serviço de Emergência ($p < 0,001$), Porto Alegre, RS, 2016



Legenda: 1-Madrugada (MD=10); 2-Manhã (MD=21,5); 3-Tarde (MD=15); 4-Noite (MD=15).

Quando comparado o tempo demandado até a classificação de risco entre as classificações de risco recebidas, evidenciou-se que, quanto maior a urgência do atendimento, menor era o tempo de classificação de risco. Conforme representado na Figura 4, o usuário que recebeu classificação Vermelha (emergência) apresentou mediana de tempo de sete minutos, enquanto os classificados com a cor Verde (pouco urgente) ou Branca (sem classificação) tiveram tempo mediano de 29,5 minutos.

Figura 4 – Comparação do tempo demandado até a classificação de risco entre as classificações de risco recebidas no serviço de emergência ($p < 0,001$), Porto Alegre, RS, 2016



Legenda: 1-Emergência (MD=7); 2-Muito urgente (MD=15); 3-Urgente (MD=21); 4-Pouco urgente (MD=29,5); 5-Sem classificação (MD=29,5).

Finalizada a caracterização demográfica e de utilização do serviço de emergência dos participantes, alguns resultados merecem destaque, como a idade mediana de 59 anos, e o número de participantes com mais de 60 anos, que correspondeu a 46,7%. A soma dos moradores da capital com a região metropolitana correspondeu a 83,7% e as classificações de risco muito urgente (classificação laranja) e urgente (classificação amarela) representaram 97,2% da amostra. Por fim, o tempo contabilizado da chegada até a classificação de risco teve associação significativa com o dia da semana, turno de chegada e com a classificação de risco recebida.

5.2 Percepção dos usuários sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem de um serviço de emergência

Inicialmente, destaca-se que, neste estudo, o coeficiente alfa de Cronbach do questionário foi, 0,899, indicando alta consistência interna na análise de confiabilidade. Na análise das dimensões Estrutura, Processo e Resultado os coeficientes obtidos também foram satisfatórios ($\alpha=0,724$; $\alpha=0,795$; $\alpha=0,756$, respectivamente).

Ao analisar a média total do questionário (Tabela 5), verifica-se que a média atingida foi de 127,76 pontos. Desta forma, a percepção dos usuários sobre a qualidade do serviço de

emergência pode ser considerada boa, visto que a porcentagem correspondente à média é 77,4%. Ressalta-se que a pontuação máxima do questionário é de 165 pontos para o total e de 55 pontos para cada dimensão.

Tabela 5 – Distribuição das médias de percepção da qualidade por dimensões e total do Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

	Média	DP	%
Percepção dos usuários sobre a qualidade do SE	127,7	21,7	77,4
Percepção por Dimensões*			
Dimensão Estrutura	41,0	7,5	74,5
Dimensão Processo	46,3	7,8	84,1
Dimensão Resultado	40,3	8,7	73,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Teste complementar de Bonferroni.

Houve diferença estatisticamente significativa na percepção dos usuários entre as dimensões do questionário ($p < 0,001$), sendo maior a média da dimensão Processo quando comparada com as dimensões de Estrutura e Resultado, que não diferiram significativamente entre si ($p = 0,100$).

A Tabela 6 apresenta a média e desvio padrão obtidos para cada item do questionário. As médias variaram de 4,72 a 1,95 (diferença de 2,77 pontos), sendo que 17 itens alcançaram pontuação média acima de 4 e apenas três itens obtiveram pontuação inferior a 3, dos quais, dois pertencem à dimensão Estrutura e um à dimensão Resultado.

Tabela 6 – Distribuição das médias de percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

Item	Dimensão	Percepção da qualidade dos cuidados de Enfermagem	Média	DP
11	Processo	Os profissionais da enfermagem que me atenderam chamavam-me pelo nome	4,72	0,87
31	Estrutura	A unidade dispunha de todos os medicamentos que necessitei	4,68	0,88
16	Estrutura	Os profissionais de enfermagem eram capacitados	4,62	0,81
2	Processo	Fui tratado com respeito pela equipe de enfermagem	4,58	0,89
3	Resultado	Os cuidados prestados pela equipe de enfermagem foram humanizados	4,53	0,88
8	Processo	Os procedimentos eram realizados corretamente pela equipe de enfermagem	4,53	0,97
5	Processo	A equipe de enfermagem que me atendeu prestava os cuidados com segurança	4,52	0,97
22	Estrutura	Foi fácil chegar à unidade de emergência	4,41	1,13
32	Processo	O profissional da enfermagem não utilizou luvas ao prestar os cuidados*	4,39	1,19
20	Processo	A equipe de enfermagem realizava os exames prontamente	4,38	1,04

Item	Dimensão	Percepção da qualidade dos cuidados de Enfermagem	Média	DP
15	Resultado	Observei melhora de minha saúde com os cuidados realizados pela equipe de enfermagem	4,23	1,23
27	Estrutura	Percebi que havia placas de sinalização indicando os setores da unidade de emergência	4,20	1,26
7	Estrutura	Faltaram equipamentos para meu atendimento*	4,18	1,38
13	Estrutura	Faltaram roupas para o meu atendimento*	4,18	1,34
6	Resultado	A equipe de enfermagem cometeu erros ao prestar os cuidados*	4,17	1,34
29	Processo	Percebi que os usuários em situação grave eram atendidos com rapidez	4,11	1,29
33	Resultado	O tratamento que recebi pela equipe de enfermagem possibilitou uma rápida melhora do meu estado de saúde	4,08	1,32
19	Estrutura	Faltaram profissionais de enfermagem para o meu atendimento*	3,98	1,48
23	Processo	Os profissionais de enfermagem não se apresentavam antes de prestar os cuidados*	3,91	1,52
30	Resultado	Não permitiram que meu acompanhante permanecesse ao meu lado*	3,87	1,63
26	Processo	A equipe de enfermagem ajudou-me a compreender meu estado de saúde	3,79	1,47
17	Processo	A enfermagem foi clara ao informar sobre meu problema de saúde	3,75	1,52
25	Resultado	A equipe de enfermagem não explicou os procedimentos que realizou*	3,72	1,55
14	Processo	Esperei muito tempo pelo atendimento de enfermagem quando cheguei à unidade*	3,61	1,62
9	Resultado	A equipe de enfermagem explicou os motivos pelos quais não podia atender-me de imediato	3,58	1,50
18	Resultado	A equipe de enfermagem considerou minha opinião durante o tratamento	3,55	1,46
10	Estrutura	Os banheiros não eram limpos*	3,41	1,53
12	Resultado	Não fui informado sobre os serviços existentes que poderiam dar continuidade ao meu atendimento*	3,37	1,68
4	Estrutura	O estado de conservação da unidade era precário*	3,03	1,55
28	Resultado	A enfermagem explicou os critérios de classificação por cores para o atendimento na unidade	3,03	1,74
1	Estrutura	O local onde fui atendido era confortável	2,45	1,56
21	Resultado	Em nenhum momento fui questionado se estava satisfeito com o atendimento*	2,22	1,61
24	Estrutura	O local onde fiquei não permitiu minha privacidade*	1,95	1,47

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Conforme descrito na metodologia, as afirmações negativas possuem pontuação inversa, de forma que, quanto maior a média, menos os usuários concordam com a afirmação.

Os itens que obtiveram maior pontuação foram 11, 31, 16 e 02, sendo que o primeiro e o quarto pertencem à dimensão Processo e o segundo e terceiro à dimensão Estrutura. O item correspondente à dimensão Resultado com maior pontuação foi o número 3, com a quinta

maior pontuação. O segundo item com maior pontuação do domínio Resultado ocupa o 11º maior valor geral (item nº. 15).

Realizou-se também o cálculo da porcentagem de respostas de cada opção da escala Likert para cada um dos itens do instrumento, mostrando sua distribuição de acordo com as pontuações atribuídas (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das frequências de respostas das proposições do questionário, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

Afirmação	Discordo Totalmente		Discordo parcialmente		Nem concordo nem discordo		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
01	166	43,1	72	18,7	22	5,7	58	15,1	67	17,4
02	10	2,6	14	3,6	6	1,6	66	17,1	289	75,1
03	9	2,3	10	2,6	17	4,4	80	20,8	269	69,9
04	110	28,6	55	14,3	40	10,4	95	24,7	85	22,1
05	14	3,6	11	2,9	19	4,9	57	14,8	284	73,8
06	257	66,8	33	8,6	33	8,6	29	7,5	33	8,6
07	268	69,6	24	6,2	27	7,0	28	7,3	38	9,9
08	15	3,9	9	2,3	19	4,9	56	14,5	286	74,3
09	65	16,9	31	8,1	68	17,7	57	14,8	164	42,6
10	150	39,0	53	13,8	52	13,5	66	17,1	64	16,6
11	14	3,6	6	1,6	7	1,8	21	5,5	337	87,5
12	175	45,5	23	6,0	54	14,0	37	9,6	96	24,9
13	263	68,3	25	6,5	33	8,6	32	8,3	32	8,3
14	191	49,6	50	13,0	20	5,2	51	13,2	73	19,0
15	29	7,5	19	4,9	26	6,8	72	18,7	239	62,1
16	5	1,3	11	2,9	19	4,9	55	14,3	295	76,6
17	59	15,3	37	9,6	41	10,6	51	13,2	197	51,2
18	60	15,6	30	7,8	84	21,8	59	15,3	152	39,5
19	243	63,1	23	6,0	30	7,8	45	11,7	44	11,4
20	16	4,2	12	3,1	33	8,6	74	19,2	250	64,9
21	77	20,0	15	3,9	44	11,4	30	7,8	219	56,9
22	22	5,7	17	4,4	17	4,4	54	14,0	275	71,4
23	231	60,0	35	9,1	26	6,8	40	10,4	53	13,8
24	54	14,0	20	5,4	23	6,0	43	11,2	245	63,6
25	196	50,9	53	13,8	29	7,5	47	12,2	60	15,6
26	58	15,1	25	6,5	43	11,2	71	18,4	188	48,8
27	33	8,6	8	2,1	53	13,8	46	11,9	245	63,6
28	140	36,4	25	6,5	37	9,6	50	13,0	133	34,5
29	30	7,8	27	7,0	40	10,4	61	15,8	227	59,0
30	245	63,6	16	4,2	29	7,5	19	4,9	76	19,7
31	12	3,1	7	1,8	16	4,2	21	5,5	329	85,5
32	290	75,3	22	5,7	31	8,1	19	4,9	23	6,0
33	40	10,4	18	4,7	29	7,5	82	21,3	216	56,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

As afirmações 11 e 31 tiveram valor maior que 80% na alternativa concordo totalmente. As afirmações de número 02, 03, 05, 08, 15, 16, 20, 22, tiveram a soma das respostas concordo parcialmente e concordo totalmente maior que 80%. Já a afirmação número 32 foi a única que atingiu valor maior que 80% na soma das respostas discordo totalmente e discordo parcialmente. Por fim, as afirmativas 09 e 18 atingiram os maiores valores na alternativa nem concordo nem discordo, com valor maior que 15%.

5.3 Relação entre a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem com as variáveis demográficas e de utilização do serviço

Neste tópico, serão apresentadas as correlações entre a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem e as variáveis demográficas e de utilização do serviço, coletadas com uso das fichas de caracterização do participante. Foram observadas associações significativas entre os resultados do questionário e a idade dos participantes, turno de chegada ao serviço de emergência, tempo de permanência na emergência e sala de atendimento. Também houve correlação significativa entre os resultados e o tempo de espera para classificação de risco, além de correlações das questões 01, 15, 22, 24, 30 e 33 com variáveis da ficha de caracterização. As relações significativamente estatísticas e as não significativas serão detalhadas a seguir.

Ao relacionar a média de respostas do instrumento e a média de cada uma das dimensões com a idade dos participantes, identifica-se associação estatisticamente significativa ($p=0,030$) entre a variável e o domínio Processo (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas à idade dos participantes do estudo, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

	Estrutura		Processo		Resultado		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
18-30	39,2	7	41,9 ^a	8,4	37,4	9,6	118,6	22,5
31-40	40,6	7	47,4 ^b	6,1	40,4	8,4	128,5	19,4
41-50	41,5	7,6	46,5 ^{ab}	8,6	41,1	8,7	129,1	21,7
51-60	40,7	8,2	46,2 ^{ab}	8,2	40,2	9,4	127,1	23,5
61-70	41,6	7	46,5 ^{ab}	7,8	40,4	8,3	128,6	21,3
71-80	41,5	8,4	46,9 ^{ab}	7,4	41	8,5	129,5	21,4
81 ou mais	41,5	6,2	49,1 ^b	4,3	41,8	6,6	132,5	15,9
(Valor-p)	0,770		0,030*		0,554		0,275	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

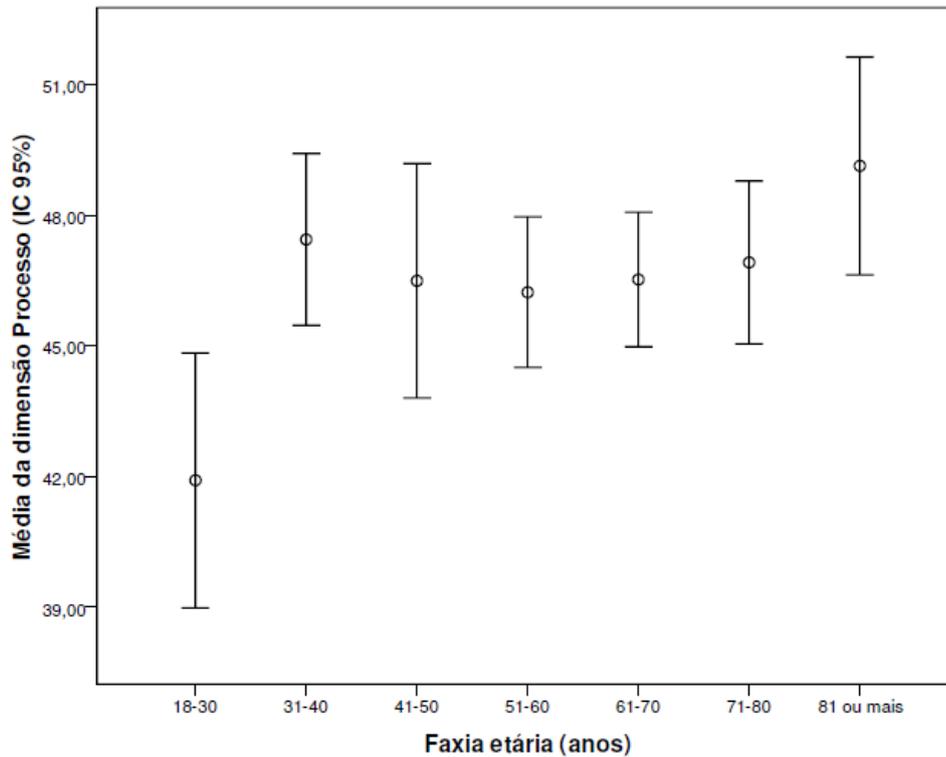
*Significância estatística se $p \leq 0,05$.

ANOVA (Análise de Variância).

a,b – letras iguais não diferem pelo teste de Tukey a 5% de significância.

Neste domínio, as faixas etárias de 31 a 40 anos e de 81 ou mais diferiram significativamente da faixa etária de 18 a 30 anos ($p=0,039$ e $0,041$, respectivamente). A Figura 5 reforça essa disparidade.

Figura 5 – Comparação da dimensão Processo com a idade dos participantes do estudo, Porto Alegre, RS, 2016 ($n=385$; $p=0,030$)



A tabela 9 apresenta a relação entre a média de percepção total do instrumento e a média de cada dimensão com o sexo dos respondentes. Não houve diferença significativa entre os grupos, visto que o nível de significância foi maior que 0,05 em todas as comparações.

Tabela 9 – Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao sexo dos participantes do estudo, Porto Alegre, RS, 2016 ($n=385$)

	Estrutura		Processo		Resultado		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Feminino	41,2	7,8	46,2	8	40,5	8,6	128	22,1
Masculino	40,9	7,4	46,3	7,7	40,1	8,8	127,4	21,4
(Valor-p)	0,646		0,884		0,658		0,776	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Significância estatística se $p \leq 0,05$.

Teste t-Student.

Da mesma forma, não houve diferença estatisticamente significativa quando relacionadas às médias de respostas com a cidade de residência dos respondentes. A Tabela 10 mostra os valores de significância, bem como as médias e desvio padrão de cada grupo.

Tabela 10 – Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas à cidade de residência dos participantes do estudo, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

	Estrutura		Processo		Resultado		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Porto Alegre	40,8	8,2	45,8	8,2	40,3	9,2	127	23,3
Região Metropolitana	41,7	6,8	47,4	6,6	40,8	7,9	129,8	18,6
RS	40,8	7,3	45,6	8,9	39,8	8,5	126,3	22,6
Outros	39,6	5	41	9,5	32,3	11,6	113	25,9
(Valor-p)	0,737		0,177		0,381		0,372	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Significância estatística se $p \leq 0,05$.

ANOVA (Análise de Variância).

Para associar a escolaridade com as médias de respostas foi utilizado o teste de correlação de Spearman. Não foi identificada correlação estatisticamente significativa ($p > 0,20$) para a média do escore total, nem para as dimensões de Estrutura, Processo e Resultado.

Ao associar as médias de respostas do questionário e dimensões com o turno de chegada ao serviço de emergência, constatou-se diferença significativa entre a dimensão Estrutura e os demais grupos comparados (Tabela 11). Verifica-se que os usuários que chegaram no turno da tarde avaliaram a estrutura como sendo melhor do que os usuários que chegaram no turno da noite ($p = 0,029$).

Tabela 11 – Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao turno de chegada ao Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

	Estrutura		Processo		Resultado		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Madrugada	41,6 ^{ab}	7,9	45,3	9,2	39,7	9,6	126,7	24,4
Manhã	40,6 ^{ab}	7,7	46	7,8	39,2	9	125,9	22,3
Tarde	42,3 ^b	7,4	47,2	7,4	40,7	8,4	130,3	20,9
Noite	39,3 ^a	7,3	45,5	7,8	41,6	8,2	126,5	20,8
(Valor-p)	0,037*		0,350		0,261		0,370	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Significância estatística se $p \leq 0,05$.

ANOVA (Análise de Variância).

a,b – letras iguais não diferem pelo teste de Tukey a 5% de significância.

Na comparação das médias de resposta dos questionários entre os dias da semana de chegada ao serviço de emergência, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa. Portanto, é possível constatar que o dia de chegada à emergência não influenciou as respostas dos participantes. Os valores de significância geral e para cada dimensão são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao dia de chegada ao Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

	Estrutura		Processo		Resultado		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Domingo	41,1	6,8	46,5	7,9	39,8	8,8	127,4	20,5
Segunda-feira	40,3	8,3	46,6	7,7	39,9	8,3	126,8	21,8
Terça-feira	40,8	7,1	46,2	7,1	41	7	128	18,7
Quarta-feira	40,6	8,7	45,4	8,7	39,7	9,1	125,7	24,2
Quinta-feira	42,7	6,3	47,7	7,6	42,3	8,8	132,8	20,5
Sexta-feira	40,7	7,6	45,7	7,9	39,8	9,5	126,3	23,3
Sábado	41,8	7,5	45,9	7,8	39,7	9,3	127,5	21,5
(Valor-p)	0,668		0,764		0,603		0,648	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Significância estatística se $p \leq 0,05$.

ANOVA (Análise de Variância).

Também não houve diferença entre as médias de respostas do instrumento e de cada dimensão quanto ao tipo de atendimento, conforme valores apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao tipo de atendimento dos participantes do estudo, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

	Estrutura		Processo		Resultado		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Clínico	40,8	7,7	46,2	7,6	40,3	8,7	127,4	21,6
Cirúrgico	41,7	7,3	46,4	8,6	40,5	8,7	128,6	22,1
(Valor-p)	0,352		0,875		0,836		0,642	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Significância estatística se $p \leq 0,05$.

Teste t-Student.

A Tabela 14 apresenta a média de respostas e desvio padrão para o instrumento e para as três dimensões, valores resultantes da diferença entre as médias de respostas e o número de atendimentos recebidos no ano anterior no Serviço de Emergência. Os valores de significância mostram que não houve diferença significativa entre os três grupos.

Tabela 14 – Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao número de atendimentos recebidos no ano anterior no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

	Estrutura		Processo		Resultado		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Nenhum	41,4	7,4	46,9	7,5	40,7	8,6	129,1	21,2
De 1 a 3	40,3	8,2	45,8	8,1	39,5	8,7	125,6	22,6
3 ou mais	41,5	6,4	44,7	8,3	41,3	9,4	127,5	21,4
(Valor-p)	0,411		0,170		0,330		0,368	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

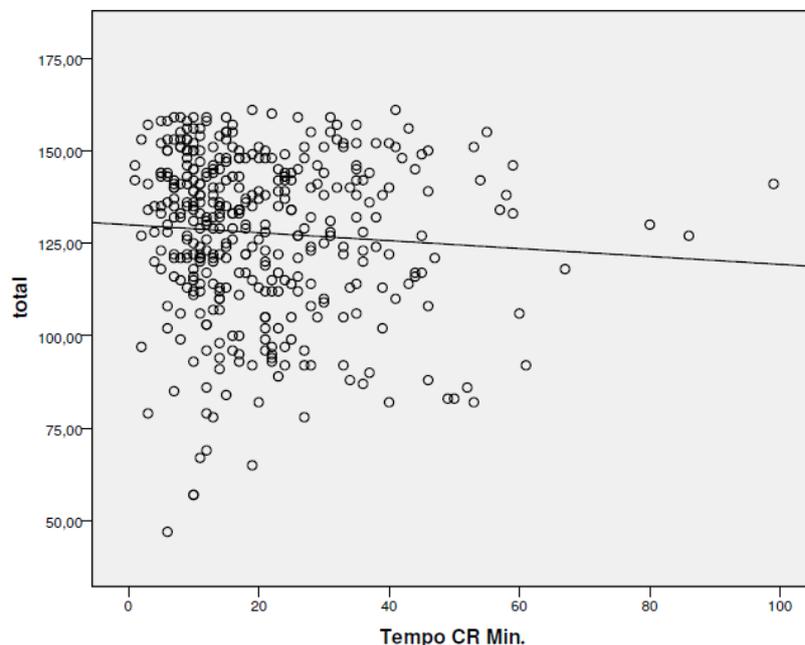
Significância estatística se $p \leq 0,05$.

ANOVA (Análise de Variância).

Não foi identificada correlação significativa entre a Classificação de Risco e a média do escore total, nem para as dimensões de Estrutura, Processo e Resultado ($p > 0,20$). Para esta associação foi utilizado o teste de correlação de Spearman.

No entanto, o tempo de espera para Classificação de Risco apresentou correlação estatisticamente significativa entre as médias do valor total ($r_s = -0,112$; $p = 0,027$) e da dimensão Resultado ($r_s = -0,132$; $p = 0,010$). Na Figura 6 é possível visualizar a correlação inversa entre a pontuação total e o tempo de espera para classificação de risco, de forma que quanto maior o tempo de espera para classificação de risco, menor a pontuação total do questionário. Não houve correlação significativa para as dimensões Estrutura ($r_s = -0,094$; $p = 0,066$) e processo ($r_s = -0,073$; $p = 0,152$).

Figura 6 – Correlação entre o tempo de espera para Classificação de Risco no Serviço de Emergência com a média total de respostas do questionário ($r_s = -0,112$; $p = 0,027$), Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)



Não houve diferença estatisticamente significativa entre os valores do questionário e o fluxograma de classificação de risco, conforme dados da Tabela 15. A maior média entre os grupos encontra-se na dimensão Processo, correspondente ao fluxograma Diabetes (49,5±4,6) e a menor está na dimensão Resultado, correspondendo ao fluxograma Problemas em extremidades (38,4±10).

Tabela 15 – Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao fluxograma de classificação de risco do Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

	Estrutura		Processo		Resultado		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Mal estar em adulto	41,3	7,6	45,9	7,5	39,7	8,3	127	21
Problemas em extremidades	40,5	7,6	43,8	8,3	38,4	10	122,8	24,1
Diabetes	43,9	5,5	49,5	4,6	42,1	7,2	135,5	13,7
Dor torácica	42,5	7,1	48,4	6,4	40,4	9,3	131,3	20,8
Dispnéia em adulto	40,2	7,9	47,9	8,1	42	8,8	130,2	22,8
Dor abdominal em adulto	41,1	7,1	46,1	8	41	8,6	128,3	21,7
Cefaléia	39,1	8,8	47,9	6,7	39,2	9,1	126,2	22,6
Diarréia e/ou vômitos	41,1	7,8	45,1	7,1	39,4	8,5	125,6	19,6
Problemas urinários	43,2	8,3	47,4	9,3	44,6	5,4	135,3	18,1
Outros	40,9	8,1	45,1	8,6	39,3	9	125,3	23,2
(p-valor)	0,855		0,240		0,482		0,691	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Significância estatística se $p \leq 0,05$.

ANOVA (Análise de Variância).

A tabela 16 apresenta a associação entre as médias de percepção total e por dimensões e o tempo de permanência do participante no Serviço de Emergência. Houve diferença significativa para média total e para as dimensões Processo e Resultado.

Tabela 16 – Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas ao tempo de permanência do participante no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

	Estrutura		Processo		Resultado		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Menos de 1 dia	39,9	7,1	44 ^a	9,1	38,4 ^a	9,5	122,4 ^a	23,2
De 1 a 3 dias	41	7,3	46,1 ^{ab}	7,5	39,4 ^{ab}	8,3	126,7 ^{ab}	20,1
De 3 a 5 dias	41,1	7,6	47,1 ^{ab}	7,2	41,5 ^{ab}	8,4	129,7 ^{ab}	20,7
De 5 a 7 dias	40,5	8,2	45,2 ^{ab}	8,5	38,9 ^{ab}	8,6	124,7 ^{ab}	23,3
Acima de 7 dias	42,1	7,6	48,1 ^b	6,7	42,5 ^b	8,4	132,7 ^b	20,6
(p-valor)	0,445		0,012*		0,011*		0,023*	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

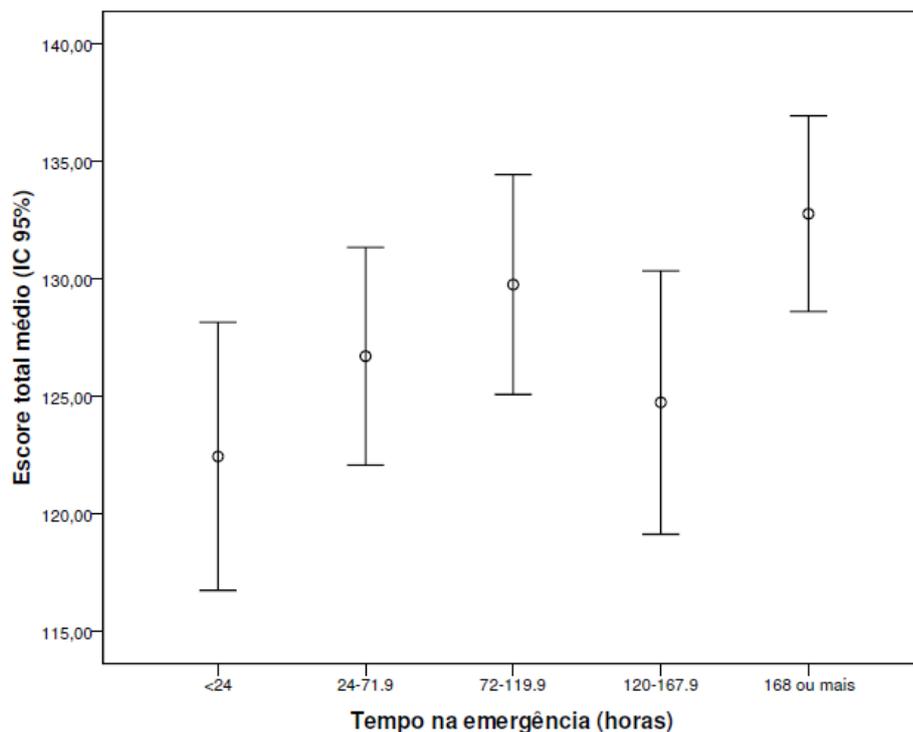
*Significância estatística se $p \leq 0,05$.

ANOVA (Análise de Variância).

a,b – letras iguais não diferem pelo teste de Tukey a 5% de significância.

A diferença entre a média total e as médias das dimensões Processo e Resultado ocorreu entre os usuários que permaneceram menos de 24 horas no serviço, apresentando as médias com valor mais baixo, e os que permaneceram acima de sete dias no serviço, tendo as médias de valor mais elevado. A Figura 7 ilustra a associação entre o escore total médio de respostas com o tempo de permanência no Serviço de Emergência.

Figura 7– Comparação do escore total médio de respostas entre os tempos de permanência no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385, $p=0,023$)



A última associação entre uma variável com a média total e por dimensões foi com a sala em que o participante recebeu atendimento. A Tabela 17 retrata diferença estatisticamente significativa entre a sala verde com a média do escore total e as dimensões de Estrutura e Processo. Após análise dos dados, verifica-se que para as dimensões de Estrutura, Processo e percepção total, os usuários que não passaram pela Unidade de Observação Verde avaliaram a qualidade dos cuidados de enfermagem como melhor do que aqueles atendidos nesta sala. Não houve associação significativa nas demais salas do serviço.

Tabela 17 – Distribuição das médias de percepção total e por dimensões, relacionadas às salas em que o participante recebeu atendimento no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385)

	Estrutura		Processo		Resultado		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
UO Verde								
Sim	40,3	7,6	45,4	8,2	39,8	9	125,5	22,5
Não	42,8	7,3	48,2	6,5	41,5	7,9	132,6	19,1
(p-valor)	0,003*		0,001*		0,070		0,003*	
UO Laranja								
Sim	41,1	7,6	46,4	7,5	40,9	8,4	128,4	21,2
Não	41	7,5	46,1	8,2	39,7	9,1	126,9	22,4
(p-valor)	0,951		0,755		0,186		0,506	
U. Intermediária								
Sim	42,3	8,3	47,5	7,3	41,8	9,3	131,8	22,9
Não	40,7	7,4	46	7,9	39,9	8,5	126,7	21,3
(p-valor)	0,088		0,109		0,083		0,061	
U. Vascular								
Sim	42,3	9,2	47,8	8,9	40,1	9,3	130,2	25,6
Não	40,9	7,3	46	7,7	40,4	8,6	127,4	21,1
(p-valor)	0,219		0,156		0,823		0,395	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Significância estatística se $p \leq 0,05$.

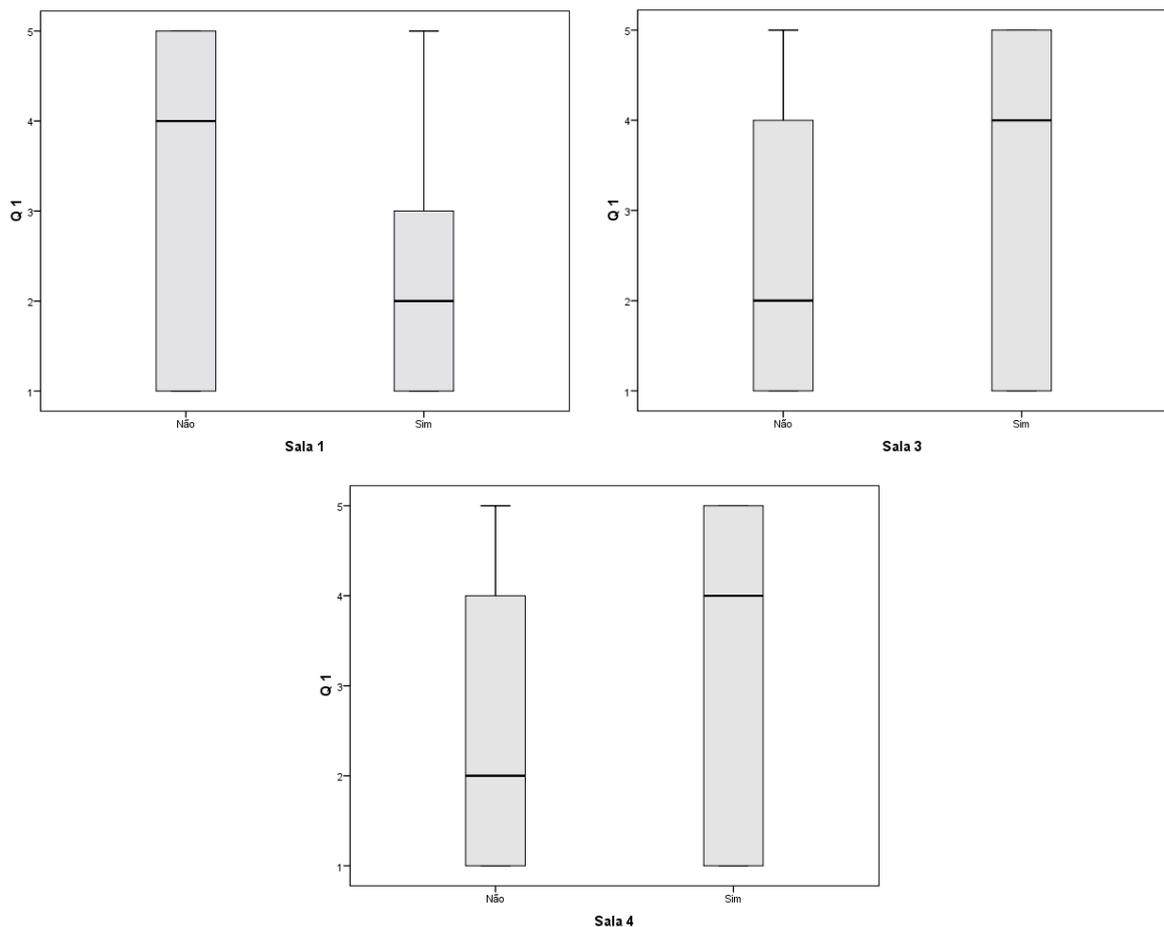
Teste t-Student.

Após correlacionar a média do escore total e a média das três dimensões com cada uma das variáveis demográficas e de atendimento no serviço de emergência, foram relacionadas, ainda, algumas questões do instrumento com as mesmas variáveis, a fim de estabelecer relações entre os dados analisados, que subsidiem a análise dos achados deste estudo. A escolha das correlações realizadas foi feita com base nos resultados de outros estudos descritos na literatura. Serão apresentadas a seguir apenas as correlações estatisticamente significativas, por representarem resultados de valor relevante.

As respostas da afirmativa de número 01, “o local onde fui atendido era confortável”, foram comparadas entre as salas em que os participantes receberam atendimento no serviço de

emergência. Houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) para a Unidade de Observação Verde, Unidade Intermediária e Unidade Vascular. Os participantes que estiveram na sala Verde pontuaram com mediana igual a 2 (opção Discordo parcialmente), diferindo dos que estiveram na Unidade Intermediária ou na Unidade Vascular, cuja mediana foi 4 (opção Concordo parcialmente), conforme ilustrado na Figura 8.

Figura 8– Comparação das respostas da afirmação “O local onde fui atendido era confortável” entre as salas de atendimento no Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (n=385, $p < 0,001$)



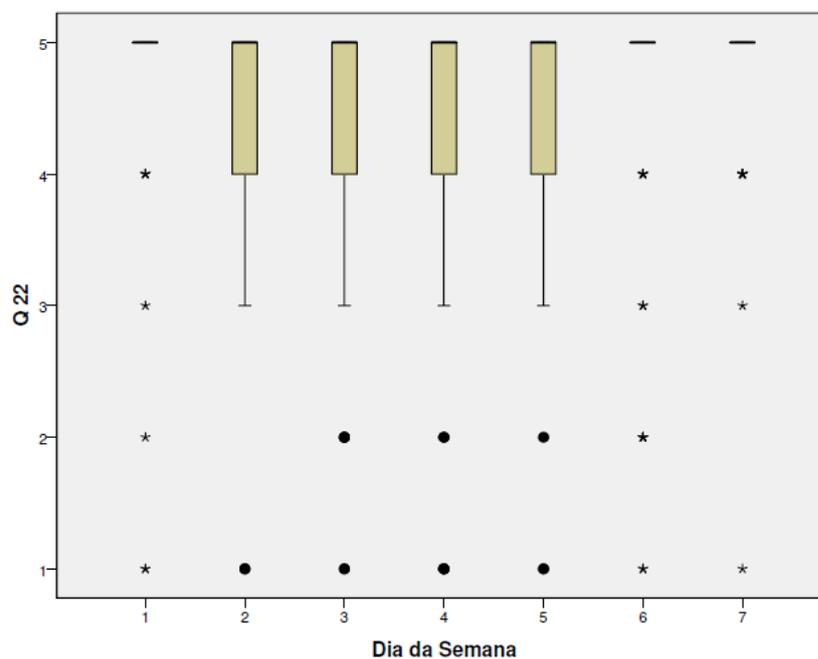
Legenda: Sala 1= UO Verde; Sala 3= Unidade Intermediária; Sala 4= Unidade Vascular.

As respostas da afirmativa número 15, “Observei melhora de minha saúde com os cuidados realizados pela equipe de enfermagem” apresentaram correlação significativa ($r_s = 0,186$; $p = 0,006$) com o tempo de internação na Unidade de Observação Laranja. A correlação positiva indica que quanto maior o tempo de permanência na UO Laranja, maior é a pontuação da afirmativa 15.

Houve também diferença significativa ($p = 0,040$) entre as respostas da afirmativa 22, “Foi fácil chegar à unidade de emergência”, e o dia da semana de chegada ao serviço de

emergência. A mediana de todos os dias da semana foi 5. No entanto, conforme representado na Figura 9, a variabilidade foi maior nas segundas, terças, quartas e quintas, em que a maioria marcou as respostas 4 ou 5, enquanto nas sextas, sábados e domingos, a maioria marcou a resposta 5. Desta forma, a figura indica que nos finais de semana e sextas-feiras os pacientes acreditam chegar com maior facilidade à unidade de emergência.

Figura 9 - Comparação das respostas da afirmação “Foi fácil chegar à unidade de emergência” entre os dias da semana de chegada ao Serviço de Emergência, Porto Alegre, RS, 2016 (teste de Kruskal-Wallis; n=385; p=0,040)



Legenda: 1-Domingo; 2-Segunda-feira; 3-Terça-feira; 4-Quarta-feira; 5-Quinta-feira; 6-Sexta-feira; 7-Sábado.

As respostas da afirmação 24, “O local onde fiquei não permitiu minha privacidade” apresentaram associação com a Unidade de Observação Verde (teste de Mann-Whitney; p=0,007) e a Unidade Vascular (teste de Mann-Whitney; p=0,026). Na Unidade Vascular obteve-se a maior pontuação na afirmação 24 (27,1% dos respondentes marcaram entre 4 e 5) e na Sala Verde foi obtida a menor pontuação (16,2% pontuaram entre 4 e 5). Na UO Laranja e Unidade Intermediária, 18,7% e 20,3% participantes marcaram, respectivamente, as opções 4 e 5 nesta afirmação.

A afirmação 24 também apresentou correlação positiva com o tempo de permanência na Unidade Intermediária ($r_s=0,265$; p=0,018), ou seja, quanto maior o tempo de permanência na Unidade Intermediária, maior a pontuação na escala da afirmativa 24.

Ao correlacionar as respostas da afirmação 30, “Não permitiram que meu acompanhante permanecesse ao meu lado”, com a idade dos respondentes, foi encontrada associação estatisticamente significativa ($r_s=0,246$; $p<0,001$), de forma que quanto maior a idade do respondente, maior a pontuação nessa afirmativa.

Por fim, as respostas da afirmação 33, “O tratamento que recebi pela equipe de enfermagem possibilitou uma rápida melhora do meu estado de saúde”, apresentaram correlação positiva com o tempo total de permanência no serviço de emergência ($r_s=0,132$; $p=0,010$). Essa correlação indica que quanto maior o tempo de permanência no serviço, maior a pontuação nesta afirmação.

6 DISCUSSÃO

6.1 Características demográficas e de utilização do serviço de emergência dos participantes do estudo

Neste estudo, a média de idade dos usuários foi de 56,7 ($\pm 16,46$) e a mediana foi 59. A faixa etária predominante foi a de 61 a 70 anos, seguida da faixa dos 51 a 60, destacando-se que 46,7% dos participantes possuíam mais de 60 anos. Estudos realizados no mesmo serviço de emergência apresentaram dados semelhantes (LEVANDOVSKI; LIMA; ACOSTA, 2015, ACOSTA; LIMA, 2015). Um deles, com o objetivo de avaliar a satisfação dos usuários com os cuidados de enfermagem, teve 67,6% de sua amostra com idade acima de 60 anos (LEVANDOVSKI; LIMA; ACOSTA, 2015).

Esses dados diferem de outros estudos. Moraes e Melleiro (2013), utilizando o mesmo instrumento de coleta de dados, observaram que 20,4% dos participantes possuíam menos de 30 anos e 21,2% de 30 a 40 anos, concluindo que os usuários que procuraram pelo serviço de emergência eram predominantemente jovens. Apenas 26,9% possuíam mais de 60 anos. Pesquisa que avaliou a satisfação do paciente em um serviço de emergência no Marrocos identificou que os participantes possuíam idade média de 42,5 anos (DAMGUI et al., 2013).

É preciso também considerar que, neste estudo, foram coletados dados apenas dos participantes internados após atendimento no serviço de emergência, de forma que a parcela de usuários que recebeu alta após o atendimento na emergência não foi contemplada. Estudos nacionais têm observado elevado número de leitos hospitalares ocupados por pacientes idosos portadores de uma ou mais doenças crônicas, resultado do processo de envelhecimento que tem sofrido a população brasileira (ALVES et al., 2011, PILGER et al., 2011). Veras (2009) afirma que em menos de 40 anos, o Brasil transformou-se de um cenário de mortalidade de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

A pesquisa também apontou maior número de participantes do sexo masculino, com diferença de 1,2% para o sexo feminino. Resultados apresentados por Morais e Melleiro (2013) corroboram os achados, com 52,7% de participantes do sexo masculino e 47,3% do sexo feminino. Entretanto, alguns estudos internacionais divergem desses resultados (ROMERO et al., 2011, HIDALGO et al., 2012, GRAFSTEIN et al., 2013), de forma que é

possível afirmar que não há consenso na literatura sobre maior procura ao serviço de emergência por um dos sexos.

Dos participantes deste estudo, 49,4% eram moradores da capital, e 34,3% moradores da região metropolitana. Apenas três, dos 385 participantes não eram moradores do Rio Grande do Sul. Abreu (2013), ao avaliar a utilização do mesmo serviço de emergência por usuários com demandas não urgentes, relatou que 60,1% eram moradores da capital, 32,9% eram procedentes da região metropolitana e apenas 7% residiam no interior do estado. Acosta (2012), cuja pesquisa tinha como foco os usuários frequentes da emergência, obteve valores semelhantes, sendo 66,2% moradores de Porto Alegre, 30,1% moradores da região metropolitana e 3,7% moradores de outra localidade. Ainda outro estudo, com o objetivo de caracterizar a população idosa deste serviço, observou procedência de 57,3% do município de Porto Alegre, 29,1% da região metropolitana e 13,6% de outros municípios (SERBIM; GONÇALVES; PASKULIN, 2013). Todos os estudos apresentam maior número de participantes oriundos da capital, seguidos pela região metropolitana, com pequena porcentagem de usuários advindos de outras localidades, corroborando achados desta pesquisa.

Pesquisa realizada por Grafstein et al. (2013) apontou como fatores mais importantes para seleção do serviço de emergência a distância até o local e o vínculo com especialistas, sendo que 60,6% consideraram a distância "extremamente" ou "muito importante". A partir dos dados, podemos inferir que o município de procedência pode influenciar a procura por determinado serviço de emergência, de acordo com a proximidade de localização.

Os resultados sobre a escolaridade dos participantes mostram que 47% não concluíram o ensino fundamental e apenas 8,4% iniciaram o ensino superior. Autores nacionais e internacionais corroboram que é maior o número de usuários com baixa escolaridade que procuram o serviço de emergência. Em estudo de Levandovski, Lima e Acosta (2015), 50,8% dos respondentes possuía ensino fundamental incompleto e 14% ensino médio completo. Apenas 3,2% possuíam ensino superior incompleto e 1,6% o ensino superior completo. Os resultados de Morais (2009) mostraram que 66,5% não possuíam o ensino médio completo, sendo que 30,4% haviam completado o ensino médio e 3,1% iniciaram o ensino superior. Carret e colaboradores (2011) descrevem percentual de 76,5% com ensino inferior a oito anos de estudo, 19,8% com nove a 11 anos e 3,7% com mais de 12 anos de estudo. Da mesma forma, Hidalgo et al. (2012) relatam 61,4% da população com educação primária e 8% com ensino superior. Guedes, Henrique e Lima (2013) afirmam que a população que se encontra

na faixa etária produtiva, com baixa escolaridade e condição socioeconômica precária é a que caracteristicamente tende a procurar mais os serviços de saúde.

Dentre os participantes que residiam em Porto Alegre, 19,5% eram moradores da Zona Sul, 12,2% da zona Norte e Nordeste, 10,6% da zona Leste e apenas 7% eram moradores da Região Central da capital. Dados do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016) indicam que a região central possui população de 276.799 habitantes, representando 19,6% da população do município. A região Norte (compreendendo as sub-regiões Eixo Baltazar, Humaitá/Navegantes, Ilhas, Nordeste, Noroeste e Norte) possui população de 411.847 habitantes, representando 29,2% dos residentes da cidade. A região Leste (sub-regiões Leste, Lomba do Pinheiro e Partenon) possui 295.547 habitantes, correspondente a 20,9% dos moradores da capital. Por fim, a região Sul (Centro Sul, Cristal, Cruzeiro, Extremo Sul, Glória, Restinga e Sul) possui 425.158 habitantes, o que representa 30,1%. Ainda, o observatório da cidade de Porto Alegre identificou que a zona Sul é a área que vem registrando maior crescimento na população. Segundo o levantamento divulgado pela prefeitura, entre 2000 e 2010 foi observado aumento de 22,8% na região (OBSERVA POA, 2016). Esses dados corroboram os achados desta pesquisa, já que a região Sul é a mais populosa e a região Central possui a menor população.

Neste estudo, os turnos de chegada ao serviço com maior representatividade foram os turnos da tarde (37,7%) e manhã (32,7%). O turno de menor representação foi o turno da madrugada (10,6%). Carret et al. (2011) corroboram estes resultados, visto que identificaram que os turnos de maior demanda foram tarde e noite, com maior concentração nos horários das 14 às 17 horas e das 19 às 21 horas, atingindo um pico de atendimento no período das 19 às 20 horas. Também Acosta e Lima (2015) observaram maior número de participantes cuja chegada aconteceu no turno da manhã (59,1%), com 23,1% a tarde e 17,8% a noite. Ainda outro estudo realizado no sul do Brasil identificou maior predomínio nos turnos da manhã (27,9%) e a tarde (24,6%), com pequeno decréscimo à noite (22,2%) e madrugada (19,1%) (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007).

Os dias da semana em que os usuários procuraram mais o serviço de emergência foram as quartas (17,7%) e sextas-feiras (17,4%), havendo decréscimo nos finais de semana. Resultados de Acosta e Lima (2015) são semelhantes, sendo os dias de maior procura as quintas e sextas-feiras (ambos 17,7%), enquanto os dias de menor busca foram sábados (9,4%) e domingos (9,1%).

No que tange ao tipo de atendimento dos participantes, houve predomínio de atendimento clínico (74,3%), comparado ao atendimento cirúrgico (25,7%). Essa distribuição

corresponde à realidade dos serviços de emergência brasileiros (JACOBS; MATOS, 2005, SIMONS, 2008) e a realidade do serviço de emergência estudado, que apresentou, no último ano, 43% de atendimentos clínicos, 16% de cirúrgicos, 29% de atendimentos pediátricos e 12% ginecológicos (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016b). Porém, um estudo que descreveu os motivos de utilização de um serviço de emergência, identificou que 55,1% dos pacientes foram admitidos por motivos cirúrgicos e 44,8% admitidos por motivos clínicos (RIBEIRO et al., 2013).

Neste estudo, 55% dos pacientes não haviam utilizado o serviço de emergência nenhuma vez no ano anterior, 34% tiveram de um a três atendimentos e 10,9% tiveram três ou mais atendimentos. Esse resultado se assemelha ao descrito por Levandovski, Lima e Acosta (2015), em que 67,6% não utilizaram o serviço no ano anterior, 24% utilizaram de uma a três vezes e 8,4% utilizaram mais de três vezes o serviço. Em estudo de Carret et al. (2011), 19,3% consultaram no serviço de emergência três ou mais vezes no último ano, e 5,9% consultaram três ou mais vezes nos últimos três meses, enquanto 23% não havia consultado o serviço no último ano e 32,1% de uma a duas vezes.

Sobre a classificação de risco recebida, 59% dos participantes foram classificados como muito urgentes (classificação laranja), seguido da classificação urgente recebida por 38,2% (classificação amarela). Juntas, as duas classificações representam 97,2% da amostra. Esses resultados diferem de outros estudos (MORAIS; MELLEIRO, 2013, GUEDES et al., 2014, FEIJÓ et al., 2015) realizados em unidades de emergência, em que classificações menos urgentes apresentaram maiores frequências. Deve-se levar em conta que, neste estudo, a coleta de dados foi realizada apenas com pacientes internados nas unidades clínicas e cirúrgicas, considerados pacientes de maior gravidade, já que precisaram de internação hospitalar.

Também deve ser considerado que uma das estratégias implementadas para controle da superlotação na emergência é o referenciamento de pacientes classificados como verdes e azuis, de baixa complexidade, para pronto-atendimentos e unidades de atenção primária, com média de 72 pacientes mensais com garantia de atendimento, encaminhados pelos enfermeiros entre janeiro a dezembro de 2014 (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014). Assim, essa estratégia pode ser considerada uma das responsáveis pela queda no número de pacientes com classificação verde e azul no serviço.

A média do tempo da chegada ao serviço até a classificação de risco foi de 20,5 minutos e mediana de 16. O tempo máximo foi de 99 minutos. Oliveira e Jorge (2008) observaram tempo médio de 5,2 minutos entre a chegada ao serviço de urgência e

classificação de risco, tempo menor que o observado neste estudo. Coutinho, Cecílio e Mota (2012) referem que muitos serviços reportam tempo de espera para a classificação superior a 40 minutos, o que seria perigoso e incoerente, já que parece ser o mesmo que transferir a fila da sala de espera para a sala de classificação. A classificação de risco é um recurso necessário, frente ao desequilíbrio entre a oferta de serviços e às necessidades da população, e a agilidade da equipe de enfermagem em fornecer a classificação de risco poderá ser determinante à preservação de vidas. Ressalta-se que, geralmente, os estudos disponíveis na literatura enfocam o tempo dispendido entre a classificação de risco e o atendimento médico, dificultando comparações (PINHEIRO, 2015).

Dos 52 fluxogramas utilizados para a Classificação de Risco, o de maior predomínio foi Mal estar em adulto (28,6%), seguido de Dor abdominal em adulto (19,5%), Dispneia em adulto (15,6%) e Problemas em Extremidades (9,4%). Estudo espanhol que determinou as características de usuários de um serviço de urgência extra-hospitalar encontrou como razões mais frequentes para procura de atendimento odinofagia (12,4%), tosse (10,7%), dor músculo-esquelética (10,4%) e trauma e lesões (8,3%). Dispneia (3,0%) e dor abdominal (2,3%) representaram porcentagem baixa de procura, acima apenas de nervosismo e agitação (2%), dor no peito (1,3%) e solicitação de pílula do dia seguinte (1%) (CENDÓN; IGLESIA; RODRÍGUEZ, 2010). Também estudo realizado em Pronto Atendimento de Santa Maria/RS, elencou febre (27,7%) como o motivo de atendimento mais frequente, seguido de outro motivo agudo (24,4%), sintomas gastrointestinais (13,3%) e outro motivo não agudo (12,2%), como mal-estar, tosse, febrícula, reações alérgicas controladas, entre outros (FREIRE et al., 2015).

Outro estudo que analisou o perfil do atendimento em setor de emergência em Minas Gerais identificou os motivos de atendimento mais frequentes para cada cor da classificação de risco. Para a cor vermelha se destacaram os fluxogramas Diabetes (80%) e Convulsões (13,3%); para a cor laranja, Sobredosagem ou Envenenamento (23,7%) e dispneia (14,4%); para os amarelos, Indisposição no Adulto (20,3%) e Dor Abdominal (9,1%); verdes com Indisposição no Adulto (48%) e Cefaléia (12,4%) e azuis com Indisposição no Adulto (53,4%) e Problema nos Membros (18,9%) (MADEIRA; LOUREIRO; NORA, 2010). Há destaque para o fluxograma Indisposição no Adulto, com maior frequência nas classificações amarela, verde e azul, o que se assemelha com os achados deste estudo, em que o fluxograma mais frequente foi Mal Estar em Adulto.

Sobre o tempo de permanência dos usuários no serviço de emergência, 25,2% permaneceram por sete dias ou mais, 20,3% de três a cinco dias e 17,1% passaram menos de

24 horas no serviço. Os achados diferiram de outros estudos da literatura. O tempo de permanência no serviço de emergência no estudo de Moraes e Melleiro (2013) foi de 6 a 12 horas para 48,8% e maior que 24 horas para 41,9%. Não há especificação sobre o tempo máximo de permanência no serviço, nem sobre o tempo em média dos que permaneceram por mais de 24 horas. No estudo de Acosta e Lima (2015), o tempo de permanência na emergência foi de uma a doze horas para 33,3%, menos de uma hora para 24,4% e maior que 48 horas para 22,3%, diferindo dos achados desta pesquisa. Em estudo de Messina et al. (2015) realizado na Itália, o momento da alta se deu de uma a três horas após a admissão para 51,4% e em menos de 30 minutos após a admissão para 36,9%. Apenas 9,7% permaneceram de três a seis horas e 0,8% por mais de seis horas.

É possível que o elevado tempo médio de permanência apresentado neste estudo esteja ligado ao fato de que, possivelmente, os pacientes aguardaram leito para as unidades de internação hospitalar, devido à complexidade de seus casos clínicos. Dentre os fatores que contribuem para a superlotação em serviços de emergência, o aumento do tempo de permanência é apontado como a principal causa, devido à falta de leitos para internação hospitalar (BRADLEY, 2005, BITTENCOURT; HORTALLE, 2009).

Observou-se que a Unidade de Observação Verde foi a sala com maior número de usuários atendidos (68,8%), seguida da Unidade de Observação Laranja (56,9%). A sala com menos usuários atendidos foi a Unidade Vascular, com 12,5%. Dados do relatório de atividades do Grupo de Enfermagem (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014) corroboram esses achados, mostrando que no ano de 2014 as UO Verde e UO Laranja tiveram maior quantitativo de internações (2.411 e 1.599 atendimentos, respectivamente), quando comparadas à Unidade Intermediária e à Unidade Vascular (401 e 725, respectivamente).

Em estudo de Levandovski, Lima e Acosta (2015), a Unidade Vascular foi a unidade com menor número de participantes (8,8%), corroborando resultados, no entanto, foi na UO Laranja que houve maior predomínio (43,6%), seguida pela UO Verde (25,6%). É conhecido pelos profissionais, gestores e pesquisadores da instituição que as salas de atendimento Verde e Laranja possuem maior quantidade de leitos/cadeiras e maior rotatividade de pacientes, quando comparadas às demais unidades. A Unidade Intermediária caracteriza-se como unidade em que os pacientes mais graves e debilitados permanecem, muitos aguardando leito para internação. É menor que a UO Laranja e possui menor rotatividade de pacientes. A Unidade Vascular contém apenas 10 leitos, e por esse motivo sua capacidade ocupacional tende a ser menor.

Sobre o tempo de permanência dos usuários em cada sala da emergência, constatou-se maior mediana na UO Laranja (87,4 horas), que diferiu por 2,2 horas da Unidade Intermediária (85,2 horas). A Unidade de Observação Verde apresentou a menor mediana, de 27,2 horas. Segundo Gonçalves (2011), o período máximo de permanência descrito no mesmo serviço de emergência não corresponde ao limite de 24 horas, indicado pela literatura. Em 2010, a média de permanência era de três dias no serviço e a superlotação era aspecto preocupante. De acordo com o Relatório de Atividades do Grupo de Enfermagem de 2014, o maior desafio no SE permanece sendo o enfrentamento da superlotação, pois apesar do serviço dispor de 58 leitos, a média de pacientes internados tem se mantido em 100 pacientes/dia, atingindo cerca de 170 pacientes nos meses de novembro e dezembro, gerando a necessidade de manter o acesso restrito nesses meses (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014).

Estudo que avaliou o acolhimento em serviço de emergência na perspectiva do idoso descreveu características das salas de atendimento mencionadas pelos participantes. Na UO Laranja os idosos apontaram como dificuldades vivenciadas a superlotação, o barulho, dificuldade para conciliar o sono, a necessidade de acompanhante e a falta de acomodação (GONÇALVES, 2011). Foi esta a sala com maior mediana de tempo, e que apresentou tempo máximo de internação de 249 horas. Sobre a UO Verde, foi mencionada a falta de acomodação, visto que os usuários, em sua maioria, permaneceram sentados por mais de 24 horas. Também foram citadas a falta de higiene, de privacidade e a necessidade de acompanhante (GONÇALVES, 2011). Neste estudo, a mediana de tempo na sala Verde foi 27,2 horas, o que reafirma grande número de usuários sentados por período maior que 24 horas. Esses dados indicam que, principalmente nas UO Laranja e Verde, há carência de estrutura física e condições adequadas para o atendimento dos usuários.

Foi constatado nesta pesquisa que os pacientes que receberam atendimento clínico permaneceram por maior tempo no serviço de emergência, quando comparados aos pacientes cirúrgicos. Ribeiro et al. (2013) compararam o tempo de permanência entre pacientes clínicos e cirúrgicos de uma unidade de emergência, havendo associação significativa entre eles, de forma que pacientes com menor tempo de internação apresentaram motivos de caráter cirúrgico, enquanto pacientes com maior tempo de internação foram vinculados a motivos clínicos, corroborando achados desta pesquisa. Dos que permaneceram na emergência de zero a cinco dias, 57,5% eram cirúrgicos, frente a 42,4% clínicos, já no período correspondente a mais de 21 dias, 64,7% eram clínicos e apenas 35,2% eram cirúrgicos.

6.2 Percepção dos usuários sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem de um serviço de emergência

Neste estudo, o coeficiente alfa de Cronbach do questionário foi de 0,899, indicando alta consistência interna na análise de confiabilidade. Esse resultado se assemelha ao obtido no processo de validação do instrumento, no qual o valor alcançado pelo mesmo teste foi 0,88, indicando que foi possível medir 88% do processo real (MORAIS; MELLEIRO, 2013).

De acordo com Terwee e colaboradores (2007), o alfa de Cronbach deve ser calculado para cada subescala separadamente. Alfa de Cronbach baixo indica uma falta de correlação entre os itens em uma escala. Já valores de alfa muito altos indicam alta correlação entre os itens da escala, ou seja, a redundância de um ou mais itens. Valores de alfa muito elevados podem estar associados a escalas com um grande número de itens, visto que o alfa de Cronbach é dependente do número de itens em uma escala. A avaliação é considerada positiva para a consistência interna quando valores de alfa de Cronbach estiverem entre 0,70 e 0,95.

Os resultados dos coeficientes nas dimensões Estrutura, Processo e Resultado também obtiveram valores satisfatórios, sendo $\alpha=0,724$; $\alpha=0,795$; $\alpha=0,756$, respectivamente. Destaca-se que no estudo de Morais (2009) é apresentado o valor referente a cada item, não havendo descrição desses coeficientes para cada um dos domínios.

Conforme os resultados obtidos, a percepção dos usuários sobre a qualidade do serviço de emergência pode ser considerada boa, visto que a média total de pontuação do questionário foi 127,76, correspondente à porcentagem de 77,4% do valor máximo alcançável. O estudo de Morais e Melleiro (2013) foi o único a utilizar o mesmo instrumento de coleta de dados, porém, não é possível fazer comparação desses valores, visto que foram apresentadas as médias para as três dimensões e não foi mensurada a média total.

As pesquisas de percepção dos usuários sobre a qualidade em serviços de emergência têm apresentado bons índices de satisfação. Hidalgo et al. (2012) cita que o grau médio de satisfação geral foi 8,01 ($\pm 1,8$), em escala de 1 a 10, indicando alta qualidade percebida pelos usuários. Romero e colaboradores (2011) relatam que 84,6% dos participantes estavam satisfeitos com o serviço de emergência.

Na Tabela 5, foi identificada diferença significativa na percepção dos usuários entre as dimensões do questionário. A média da percepção dos usuários sobre a qualidade do serviço de emergência foi superior na dimensão Processo, quando comparada às dimensões de Estrutura e Resultado, que não diferiram entre si. Esses achados se contrapõem aos de Morais e Melleiro (2013), que obtiveram melhor escore de favorabilidade na dimensão Resultado e

pior escore na dimensão Estrutura. Concordando com Morais (2009), é possível afirmar que a dimensão de estrutura requer maior atenção dos gerentes da instituição, uma vez que os resultados obtidos apontam deficiências nessa área.

Os itens que obtiveram maior pontuação na dimensão processo estavam ligados ao relacionamento entre o profissional e o usuário quando profissionais da enfermagem chamaram o paciente pelo nome e quando foram tratados com respeito pela equipe de enfermagem. O terceiro item melhor pontuado do domínio correspondia à correta realização de procedimentos pela equipe de enfermagem.

Os achados ressaltaram a importância de ser tratado como indivíduo único dentro do serviço, sendo conhecido pelo nome e por suas particularidades. A relação entre o profissional de enfermagem e o usuário do serviço de emergência mostra-se como fator de grande relevância para avaliação da qualidade dos cuidados prestados. É constatado que os usuários valorizam a simpatia, a cortesia e a respeitabilidade dos profissionais (BLANK et al., 2013), muitas vezes frente à competência técnica, em que alguns usuários não se consideram aptos a avaliar.

Além da interação relacional entre profissional e paciente, também foram ressaltados os aspectos relacionados às competências técnico-científicas dos enfermeiros, por meio da correta realização de procedimentos. Hidalgo e colaboradores (2012) confirmaram relação existente entre a percepção de profissionalismo e a satisfação do paciente.

Os itens com menor pontuação referentes ao domínio processo se relacionavam ao longo tempo de espera por atendimento de enfermagem ao chegar à unidade, e a falta de informação e esclarecimentos por parte dos profissionais, representadas pelos itens “A enfermagem foi clara ao informar sobre meu problema de saúde” e “A equipe de enfermagem ajudou-me a compreender meu estado de saúde”.

A demora no atendimento do paciente em serviço de emergência é um fator frequentemente presente, que pode ser derivado da falta de profissionais, falta de profissionalismo, ou falta de estrutura para um correto desempenho de funções (GONÇALVES et al., 2012). Blank et al. (2013), ao indagarem pacientes de um serviço de emergência sobre como melhorar a assistência de enfermagem, receberam sugestões para diminuição do tempo de espera para atendimento.

Somado ao tempo de espera, muitas vezes prologado, está a falta de informação, que passa ao usuário a ideia de indiferença, visto que não recebe nenhuma perspectiva sobre quando será atendido. Ekwall (2013) identificou que entre os usuários de uma emergência que se mostraram insatisfeitos, nenhum foi abordado durante o tempo de espera; entre os

pacientes neutros, quatro haviam falado com a enfermeira ou outro funcionário durante a espera; e entre os pacientes satisfeitos, 15 haviam falado com a enfermeira ou outro funcionário.

Em serviços de emergência, usualmente caracterizados como ambientes geradores de estresse, tanto aos pacientes quanto em familiares, o fornecimento de informações acerca do estado de saúde e informações sobre perspectivas do cuidado podem fazer a diferença na percepção acerca do serviço e da equipe. Hidalgo et al. (2012) observou relação direta entre as informações recebidas na alta e a satisfação do paciente.

Sobre a dimensão Estrutura, o resultado obtido pode ser atribuído aos principais problemas relacionados aos serviços de emergência apresentados na literatura, que correspondem à falta de conforto, falta de equipamentos e de leitos, pouca privacidade dos pacientes, número de profissionais insuficiente para atender à demanda, entre outros (ACOSTA, 2010, ACOSTA, 2012, SANTOS et al., 2012).

As afirmativas que alcançaram maior pontuação nesse domínio estão relacionadas à presença de todos os medicamentos necessários para o atendimento, a capacitação dos profissionais de enfermagem e ao fácil acesso ao serviço de emergência.

De acordo com Morais e Melleiro (2013), a maioria dos sujeitos mostrou percepção favorável referente à qualidade e organização na estrutura da unidade de emergência, no que se refere a conforto, equipamentos, limpeza dos sanitários, acesso à unidade, sinalização interna e medicamentos. Com relação à capacitação de profissionais de enfermagem, averiguou-se que os maiores percentuais concentraram-se no grau de concordância total (MORAIS; MELLEIRO, 2013). O estudo se assemelha aos achados nas questões de equipamento, acesso à unidade, medicamentos e capacitação de profissionais, no entanto, difere na avaliação referente a conforto, mensurada como baixa neste estudo.

Destaca-se a necessidade de profissionais qualificados para o atendimento em emergência. Entende-se que na porta de entrada do hospital deve permanecer o maior número de profissionais experientes e capacitados, visto que nesse local os trabalhadores, ao se depararem com a necessidade de atender os mais diferentes perfis de usuários, precisam tomar decisões rápidas e executar suas atividades com segurança, utilizando diferentes tipos de competências (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

Os itens que obtiveram as menores pontuações foram associados à falta de privacidade, à falta de conforto e ao estado de conservação da unidade, considerado precário. Também Morais e Melleiro (2013) observaram que 35% dos participantes concordaram com a precariedade das instalações da unidade de emergência.

A privacidade dos pacientes no serviço também se mostrou deficiente, tendo uma das pontuações mais baixas do instrumento. A falta de privacidade ocorre principalmente devido à superlotação do serviço, havendo, muitas vezes, aglomeração de leitos por falta de espaço para acomodação dos pacientes. Isso gera desconforto ao usuário, ao familiar, e ao próprio profissional de saúde, que se encontra com limitação de espaço para realização dos cuidados e, muitas vezes, dificuldades para chegar até o leito. Cabe ressaltar que muitas vezes o uso de divisórias ou cortinas não garante proteção à privacidade do usuário.

Resultados de Romero et al. (2011), no entanto, se mostraram positivos com relação às características estruturais em serviço de emergência: 80,2% estavam satisfeitos com as instalações, 90% tinham facilidade para orientar-se dentro do serviço, 97% se mostraram satisfeitos com a limpeza das instalações, 80,3% consideraram haver suficiente conforto e 95,7% afirmaram que sua intimidade foi respeitada durante a permanência no serviço. No entanto, foram avaliados como aspectos negativos do serviço, o conforto e organização das salas de espera, aglomeração, e insatisfação com as informações prestadas.

O gerenciamento da superlotação é um desafio para os enfermeiros, à medida que eles necessitam planejar a realização do cuidado e organizar o trabalho, adequando às condições de atendimento disponíveis à quantidade e gravidade do quadro clínico dos pacientes. Neste cenário, surge como desafio a manutenção da qualidade do cuidado prestado aos pacientes no serviço de emergência. Uma das principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e equipe, refere-se à realização dos cuidados relacionados à higiene e ao conforto dos pacientes que permanecem em observação, frente ao número excessivo de pacientes e à inadequação do espaço físico do serviço de emergência para esse atendimento, desse modo, o atendimento às necessidades básicas humanas, como sono, repouso, alimentação e higiene corporal podem tornar-se comprometido pela excessiva demanda e condições de infraestrutura inadequadas para realização das atividades assistenciais (SANTOS et al., 2013).

De acordo com Bellucci e Matsuda (2011), quando se pensa em estrutura que possa promover qualidade em serviços de emergência, estratégias para a diminuição das filas de espera, principalmente no segmento relacionado à recepção do usuário, são elencadas como prioridades. Dessa forma, a adequação das ações de enfermagem para atingir padrões de qualidade representa um desafio ao gerenciamento setorial. É necessário que um serviço que atenda urgências e emergências tenha estrutura adequada de atendimento, com equipe multiprofissional, recursos técnicos mínimos e funcionamento ininterrupto, garantindo a sustentação da vida, com continuidade da assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

Neste estudo, a dimensão Resultado foi a categoria com menor média. Os principais motivos que levaram a pontuações mais baixas apontam para o desconhecimento sobre a classificação de risco recebida e critérios definidores para atendimento na unidade, não ser questionado sobre a satisfação com o atendimento, e não ser informado sobre os serviços existentes que poderiam dar continuidade ao atendimento. Blank et al. (2013) advertem que a percepção sobre a qualidade do cuidado prestado pode variar a cada visita ao serviço, de forma que repetidas experiências altamente satisfatórias se transformam em uma percepção mais duradoura e mais global da qualidade.

A literatura confirma problemas relacionados à classificação de risco em serviços de emergência. Bellucci Jr. e Matsuda (2011) concluíram que no serviço investigado, a Classificação de Risco ainda não atende a todos os objetivos da humanização propostos pelo Ministério da Saúde, visto que há necessidade de melhorias relacionadas à sinalização do ambiente, atuação dos trabalhadores conforme a proposta do Acolhimento com Classificação de Risco, conforto aos usuários e funcionamento dos mecanismos de contrarreferência.

Outro aspecto do cuidado que não atingiu pontuação adequada foi que muitos não foram questionados sobre sua satisfação com o atendimento. Neste serviço, há a Pesquisa de Opinião da Emergência, que se encontra disponível na recepção do serviço e é de preenchimento opcional. Apesar da presença de uma pesquisa que avalia a satisfação dos usuários, é possível que estes não tenham tido conhecimento de sua existência, visto que apenas os pacientes que recebem alta da emergência respondem a Pesquisa de Opinião da Emergência. Os pacientes que internam nas unidades clínicas e cirúrgicas, após permanência no Serviço de Emergência, respondem um questionário destinado aos pacientes internados, o que pode explicar a baixa pontuação no item 21 do questionário.

A pesquisa de satisfação pode ser considerada importante ferramenta para avaliar o serviço de saúde por parte do usuário, o qual analisa o atendimento recebido na instituição frente às suas necessidades. O usuário avalia os atributos do instrumento, expondo sua opinião em relação ao serviço e, com isso, disponibilizando uma importante medida de qualidade da atenção à saúde. A pesquisa de satisfação é uma forma de proporcionar ao usuário um momento de escuta, em que ele pode expressar sua opinião em relação ao serviço recebido (INCHAUSPE; MOURA, 2015). Atentar para as opiniões dos usuários acerca do funcionamento e organização dos serviços de saúde é uma ação que proporciona benefícios significativos à qualidade dos serviços, uma vez que a incorporação do ponto de vista dos clientes torna as ações em saúde mais direcionadas às necessidades dos usuários (BEATTIE et al., 2014, INCHAUSPE; MOURA, 2015).

Outro ponto que merece ser abordado é a falta de informações disponibilizadas sobre os serviços existentes que podem dar continuidade ao atendimento do paciente. Uma vez que os serviços de urgência não costumam propiciar a continuidade da assistência (ABREU et al., 2012), é fundamental que os usuários recebam informação sobre quais serviços podem dar continuidade ao cuidado recebido na emergência.

Quando realizado o cálculo da porcentagem de respostas de cada opção da escala Likert para cada um dos itens do instrumento, a afirmativa “Os profissionais da enfermagem que me atenderam chamavam-me pelo nome” e “A unidade dispunha de todos os medicamentos que necessitei” tiveram porcentagem de respostas superior a 80% na alternativa concordo totalmente, corroborando com Moraes e Melleiro (2013) que encontraram valores semelhantes.

As afirmativas “Fui tratado com respeito pela equipe de enfermagem”, “Os cuidados prestados pela equipe de enfermagem foram humanizados”, “A equipe de enfermagem que me atendeu prestava os cuidados com segurança”, “Os procedimentos eram realizados corretamente pela equipe de enfermagem”, “Observei melhora de minha saúde com os cuidados realizados pela equipe de enfermagem” e “Os profissionais de enfermagem eram capacitados” somaram mais de 80% para as opções concordo totalmente e concordo parcialmente, e estão em concordância com Moraes e Melleiro, que apresentaram valores semelhantes em seus achados. A afirmação “A equipe de enfermagem realizava os exames prontamente”, que neste estudo somou mais de 80% para as opções concordo totalmente e parcialmente, correspondeu a 75% de concordância no outro estudo e 14,2% de discordância. A afirmação com maior variação entre os resultados foi “Em nenhum momento fui questionado se estava satisfeito com o atendimento”, que neste estudo teve mais de 80% de concordância, enquanto no de Moraes e Melleiro (2013) teve apenas 33,1%, frente a 53% de discordância.

A afirmação “O profissional da enfermagem não utilizou luvas ao prestar os cuidados” foi a única que atingiu valor maior que 80% na soma das respostas discordo totalmente e discordo parcialmente, indicando que o profissional utilizou luvas durante o atendimento. Esse dado também se assemelhou aos de Moraes e Melleiro (2013).

6.3 Relação entre a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem com as variáveis demográficas e de utilização do serviço

A percepção dos usuários sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem percebidos pode ser influenciada por diversos fatores, como as variáveis sociais e demográficas, ou características do atendimento recebido. Foram observadas associações significativas entre os resultados do questionário e a idade dos participantes, turno de chegada ao serviço de emergência, tempo de permanência na emergência e sala de atendimento. Também houve correlação significativa entre os resultados e o tempo de espera para classificação de risco.

Os resultados mostraram associação estatisticamente significativa entre a idade dos participantes e o domínio Processo, sendo que as faixas etárias de 31 a 40 anos e de 81 ou mais apresentaram médias mais altas que a faixa etária de 18 a 30 anos. Destaca-se que a avaliação da qualidade do serviço de emergência realizada pelos usuários dessa última faixa etária foi a que obteve média mais baixa.

A literatura aponta que quanto maior a idade, melhores são as avaliações sobre a qualidade do serviço de emergência. Levandovski (2013), ao relacionar a média dos itens do instrumento de satisfação com a idade dos usuários, identificou que quanto maior a idade, maior a satisfação dos usuários com os cuidados de enfermagem. Schmidt e colaboradores (2014) constataram que os pacientes com idade inferior a 40 anos, internados em um pronto socorro, apresentaram os menores índices de satisfação. Também Hidalgo et al. (2012) relataram que o grupo com idade de 18 a 44 anos manifestou grau de satisfação mais baixo que os grupos de faixas etárias superiores.

Brandão, Giovanella e Campos (2013) destacam que pessoas com boa autopercepção de saúde tendem a estar mais satisfeitas com os serviços prestados, enquanto usuários mais jovens tendem a ser menos satisfeitos. Mishima et al. (2010), no entanto, atribuem o fato de que pessoas de mais idade tendem a estar mais satisfeitas com os serviços de saúde do que os jovens, uma vez que a utilização desses serviços pode ter significado de busca por satisfação de outras necessidades, e não apenas pela resolução de um problema de saúde, expresso em um agravo ou conjunto de sinais e sintomas.

Ao correlacionarmos as respostas do questionário com o sexo dos participantes, não houve diferença significativa, visto que o nível de significância foi maior que 0,05 em todas as comparações. Outros estudos que avaliaram a percepção de usuários sobre a qualidade de serviços de emergência não identificaram diferença estatisticamente significativa entre participantes do sexo masculino e feminino (HIDALGO et al., 2012, LEVANDOVSKI; LIMA;

ACOSTA, 2015, MESSINA et al., 2015), mostrando que não há confirmação da relação entre o sexo dos usuários e a qualidade percebida em serviços de emergência.

Da mesma forma, não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de respostas com a cidade de residência dos respondentes. No entanto Schmidt et al. (2014), ao relacionarem o grau de satisfação dos usuários de um pronto socorro com sua origem de procedência (urbana ou rural), obtiveram diferença significativa para as variáveis de interesse e atenção, empenho e qualidade geral do atendimento da equipe de enfermagem, com melhores avaliações dos usuários de procedência rural.

Não foi identificada correlação significativa entre a escolaridade e as médias de respostas do escore total e dimensões de Estrutura, Processo e Resultado. Esse resultado difere dos encontrados em estudos semelhantes (ROMERO et al., 2011, HIDALGO et al., 2012, LEVANDOVSKI; LIMA; ACOSTA, 2015), nos quais quanto menor o nível de escolaridade, melhor é a avaliação sobre o serviço. Sabe-se que a escolaridade influencia na avaliação dos serviços de saúde feita pelos usuários (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010). Indivíduos com um menor grau de escolaridade tendem a emitir menos juízos de valor e serem mais condescendentes com os serviços de saúde que lhe são prestados, expressando graus mais elevados de satisfação (COTTA et al., 2005, BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Andrade, Vaitsman e Farias (2010) apontam que em contextos em que não é comum a cultura de avaliação, sobretudo entre usuários com menor renda e escolaridade, a aceitação acrítica do atendimento é um aspecto que deve ser levado em conta na interpretação dos resultados dos estudos de satisfação. Para a maioria da população carente, conseguir o atendimento já é usualmente difícil, e este aspecto tende a resultar em baixa expectativa e alta satisfação, pelo fato de se conseguir acesso ao serviço. Também deve ser considerada a existência de um possível viés de gratidão, que pode impedir avaliações mais críticas. Os autores destacam que estudos realizados em outros contextos, sobretudo em países mais pobres e desiguais, associam índices positivos de satisfação com esses serviços à baixa expectativa dos usuários em relação à qualidade dos serviços de saúde.

Os usuários que chegaram durante a tarde avaliaram a estrutura como sendo melhor do que os usuários que chegaram no turno da noite. Não foi encontrado na literatura nenhum estudo relacionando essa variável com a percepção dos usuários sobre a qualidade do serviço, o que pode indicar a necessidade de investigação para determinar de que forma os aspectos relacionados ao turno de atendimento exercem alguma influência sobre a avaliação realizada.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa nas médias de resposta dos questionários entre os dias da semana de chegada ao serviço de emergência, constatando-se que o dia de chegada à emergência não influenciou as respostas dos participantes.

Também não houve diferença entre as médias de respostas do instrumento quanto ao tipo de atendimento. Não foi encontrada nenhuma publicação sobre o tema relacionada ao serviço de emergência. No entanto, Cruz e Melleiro (2010) constataram diferença entre pacientes clínicos e cirúrgicos quanto à satisfação com as orientações referentes à continuidade do tratamento em unidades de internação, indicando que os pacientes da clínica cirúrgica estão mais satisfeitos com as orientações recebidas.

O número de atendimentos recebidos no ano anterior no Serviço de Emergência não demonstrou diferença significativa entre as médias. Outros estudos corroboram os achados. Levandovski (2013) não constatou diferença estatisticamente significativa entre a satisfação dos usuários com o número de atendimentos recebidos no serviço de emergência no último ano. Da mesma forma, Messina et al. (2015) não encontraram associação entre a satisfação dos usuários e o número de hospitalizações prévias.

Não foi identificada correlação significativa entre a Classificação de Risco e as médias de respostas, neste estudo. Pesquisa realizada no mesmo serviço de emergência encontrou dados semelhantes, não havendo significância entre a satisfação dos usuários e a classificação de risco recebida (LEVANDOVSKI, 2013). No entanto, outros estudos diferem, mencionando correlação entre a variável e as respostas dos participantes. Morais e Melleiro (2013) constataram divergência significativa entre o grupo de usuários não urgentes e o grupo de urgentes em relação ao domínio estrutura, de forma que os primeiros apresentaram maior insatisfação com a estrutura da unidade de emergência. Também no estudo de Romero et al. (2011) os pacientes de maior gravidade se manifestaram como mais satisfeitos (95,7% e 93,3%), frente aos usuários de menor gravidade (80%). Mediante a divergência de resultados, não é possível afirmar se a classificação de risco exerce influência na avaliação feita pelos usuários do serviço. No entanto, a importância da função que o profissional enfermeiro assume na classificação de risco é inegável, pois contribui para um melhor funcionamento do serviço de emergência, por meio da ordenação do atendimento de acordo com o grau de gravidade do paciente, o que agiliza os processos, reduz o tempo de espera nas filas, podendo, dessa forma, acarretar maior satisfação dos usuários com o serviço de emergência (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

Houve correlação estatisticamente significativa entre o tempo de espera para classificação de risco e as médias da pontuação total e da dimensão Resultado. A correlação

apresentada foi inversa, de forma que quanto maior o tempo de espera para classificação de risco, menor a pontuação total do questionário. Ekwall (2013) observou que dos pacientes que se mostraram insatisfeitos com o cuidado recebido no serviço de emergência, nenhum havia recebido informações durante o tempo de espera. Schmidt et al. (2014) constatou que pacientes e familiares não costumam ser orientados quanto ao tempo de espera ou quanto à gravidade de seu quadro clínico ao chegarem ao Pronto Socorro.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os valores do questionário e o fluxograma de classificação de risco, confirmando achados de Levandovski (2013), que também não identificou diferença estatisticamente significativa entre as variáveis. Não foram encontrados outros estudos que fizessem essa comparação, limitando a discussão.

Identificou-se associação significativa entre o tempo de permanência do participante no Serviço de Emergência e a média total do questionário e às dimensões Processo e Resultado. A diferença ocorreu entre os usuários que permaneceram menos de 24 horas no serviço, apresentando as médias com valor mais baixo, e os que permaneceram acima de sete dias no serviço, tendo as médias de valor mais elevado. Esses dados diferem de outro estudo realizado no mesmo serviço de emergência, em que se verificou associação estatisticamente significativa para a média geral do instrumento de satisfação e para os três domínios, com correlação negativa fraca, de forma que quanto maior o tempo de permanência no serviço, menor o índice de satisfação desse indivíduo (LEVANDOVSKI, 2013). Segundo Hidalgo et al. (2012), o tempo de permanência no serviço de urgência foi considerado significativo para medir o grau de satisfação do paciente.

Embora maior tempo de permanência geralmente esteja associado à menor satisfação (LEVANDOVSKI, 2013), contrariamente, os usuários que permaneceram por menos de 24 horas representam a parcela de respondentes cuja pontuação foi mais baixa. Isso pode estar relacionado à sala em que o paciente se encontrava na emergência e as acomodações, visto que os pacientes com menor gravidade geralmente são enviados à sala verde, e acomodados em cadeiras, onde permanecem até o momento da alta. Já os pacientes com maior tempo de permanência tiveram a avaliação de valor mais elevado, o que pode estar associado à empatia aos profissionais, pelo maior tempo de convivência e pela apreciação do esforço dispensado por eles para atender aos usuários em meio a situações adversas, também influente na percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços.

A última associação entre uma variável com a média total e por dimensões foi com a sala em que o participante recebeu atendimento. Houve diferença estatisticamente significativa entre a sala verde com a média do escore total e as dimensões de Estrutura e

Processo, de forma que para os grupos significativos, os usuários que não passaram pela UO Verde avaliaram a qualidade dos cuidados de enfermagem como melhor do que aqueles atendidos nesta sala. Gonçalves (2011) identificou dificuldades vivenciadas durante a internação de idosos na sala de observação verde, sendo mencionada a falta de acomodação por ficarem sentados por mais de 24 horas. Entretanto, eles reconhecem o esforço dos profissionais para dar conta das demandas de trabalho.

Outro estudo realizado no mesmo serviço de emergência encontrou resultado diferenciado, havendo diferença estatisticamente significativa entre a Unidade Vascular para as demais salas de atendimento, ou seja, os usuários atendidos na Unidade Vascular se mostraram mais satisfeitos que os atendidos nas demais salas do serviço (LEVANDOVSKI, 2013). Também há semelhanças entre os dois estudos, visto que a Unidade Vascular foi a sala com a melhor avaliação nas duas pesquisas. A falta de estudos que relacionam a percepção de qualidade com variáveis de atendimento, e as especificidades de cada sala deste serviço impedem demais comparações.

7 CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou analisar a percepção dos usuários sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar. Foram identificados aspectos que apresentaram boa qualidade na percepção dos respondentes e alguns que necessitam ser melhorados. Assim, a investigação atingiu seu objetivo, de modo que foi possível conhecer como é percebida a qualidade por meio da avaliação de estrutura, processo e resultado dos cuidados de enfermagem recebidos.

Como principais resultados evidencia-se que a média total de respostas do questionário pode ser considerada boa, indicando percepção positiva sobre a qualidade do serviço de emergência. Houve diferença estatisticamente significativa na percepção dos usuários entre as dimensões do questionário, de forma que a dimensão Processo apresentou média maior que as dimensões de Estrutura e Resultado, que não diferiram entre si.

Visto que o domínio processo se constitui principalmente pelas interrelações entre o provedor e o receptor de cuidados, neste caso representado pelo vínculo entre a equipe de enfermagem e o usuário do serviço, os maiores valores para este domínio evidenciam a importância de atributos como cortesia e respeitabilidade por parte dos profissionais. A relação entre o profissional de enfermagem e o paciente da emergência mostra-se, portanto, como fator de grande relevância para avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

No entanto, foram identificadas situações que necessitam de melhorias na percepção dos usuários. Elas estão ligadas principalmente aos domínios de estrutura e resultado e correspondem a informações mais detalhadas sobre os critérios de classificação por cores, tempo de espera para atendimento e informações de alta; melhorias na estrutura dos serviços, com enfoque na privacidade, conforto e estado de conservação da unidade; e conscientização da equipe de enfermagem sobre a importância da análise da satisfação dos usuários, visto que a incorporação do ponto de vista dos pacientes torna as ações em saúde mais direcionadas às suas necessidades.

Os resultados caracterizaram o perfil dos participantes com grande proporção de usuários com idade acima dos 60 anos, maioria moradores da capital, classificação de risco muito urgente e urgente, e tempo de permanência médio de 105 horas. Tais características podem indicar certo grau de vulnerabilidade desses pacientes, visto que são de idade mais avançada, possuem elevada gravidade e permaneceram por mais de quatro dias no serviço de emergência.

Foram observadas associações significativas entre os resultados do questionário e a idade dos participantes, turno de chegada ao serviço de emergência, tempo de permanência na emergência e sala de atendimento. Houve correlação significativa entre os resultados e o tempo de espera para classificação de risco, além de correlações das questões 01, 15, 22, 24, 30 e 33 com variáveis da ficha de caracterização. Também foram identificadas associações entre as características de atendimento no serviço, havendo correlação entre o tempo de espera para classificação de risco e o dia da semana, o turno de chegada e classificação de risco recebida.

O valor do coeficiente alfa de Cronbach do questionário indicou alta consistência interna na análise de confiabilidade do instrumento. Também foram obtidos coeficientes satisfatórios para as dimensões de Estrutura, Processo e Resultado, confirmando que o instrumento utilizado é útil para avaliar o serviço e responder a questão proposta.

Como limitações deste estudo, podem existir alguns vieses decorrentes do auxílio dos familiares no preenchimento do questionário, visto que podem ter influenciado as respostas dos participantes. Também é possível que as experiências vivenciadas nas unidades de internação tenham modificado a percepção dos respondentes sobre as lembranças vividas na emergência. Ainda, deve ser levado em conta que muitos usuários do serviço de emergência não conhecem as atribuições específicas da equipe de enfermagem, de forma que atribuições de outros profissionais podem ter sido designadas a essa equipe.

Ressalta-se que o hospital onde o estudo foi realizado é um hospital universitário, de referência para a assistência em saúde no estado e nacionalmente, o que pode ter influenciado a percepção da qualidade.

Os resultados obtidos poderão, portanto, fornecer estratégias à gestão para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, uma vez que permitiu o conhecimento das necessidades e expectativas dos usuários. Para a equipe de enfermagem, revela a necessidade de um atendimento que considere o indivíduo como único, tendo suas particularidades valorizadas, provendo a escuta qualificada de suas queixas e o fornecimento de informações sobre seu estado de saúde e o funcionamento do serviço em que se encontra.

Permanecem aspectos que necessitam de aprofundamento quanto à análise de satisfação dos usuários. Sugere-se a realização de estudos qualitativos, que permitam ao usuário expressar suas sugestões sem a limitação de opções pré-determinadas. É importante que os profissionais tomem conhecimento dos sentimentos experienciados pelos pacientes durante o período de internação no serviço de emergência, e suas experiências positivas e negativas, formadoras de sua percepção sobre o cuidado recebido.

Também se aponta a relevância da realização de novos estudos que avaliem a qualidade dos cuidados sob a ótica das dimensões de estrutura, processo e resultado, permitindo comparações entre os serviços.

Recomenda-se que os achados sejam utilizados para direcionar ou redirecionar as atividades desenvolvidas no ambiente de serviços de emergência, permitindo o monitoramento dos resultados e subsidiando o planejamento de ações a fim de priorizar o solucionamento das falhas apontadas, com o objetivo de proporcionar ao paciente uma experiência mais positiva com a hospitalização. Espera-se que este estudo inspire profissionais, gestores e instituições a cada vez mais, facilitar a participação ativa dos usuários nas avaliações dos serviços, diminuindo a distância entre gestão e usuário e criando um ambiente cada vez mais favorável ao aprimoramento constante da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

- ABREU, K. P. **Utilização do serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes**. 2013. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- ABREU, K. P. et al. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 146-152, 2012.
- ACOSTA, A. M. **Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos de busca por atendimento**. 2012. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- ACOSTA, A. M. **Usuários frequentes dos serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa**. 2010. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 337-344, 2015.
- AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **British Medical Journal**, London, v. 344, no. 1717, p. 1-14, 2012.
- ALVES, I. A. L. et al. Idosos em um hospital universitário e em um hospital geriátrico. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 7-11, 2011.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J.; FARIAS, L. O. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 523-534, 2010.
- AWA, B. A. et al. Comparison of patient safety and quality of care indicators between pre and post accreditation periods in King Abdulaziz University Hospital. **Research Journal of Medical Sciences**, Faisalabad, v. 5, no. 1, p. 61-66, 2011.
- AZEVEDO A. L. C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-745, 2010.
- BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Relações de “não cuidado” de enfermagem em uma Emergência: que cuidado é esse? **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 116-123, 2011.
- BARBOSA, S. A.; MARANHÃO, D. G. O cuidado como essência e identidade profissional do enfermeiro. **Revista UNISA**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 130-136, 2012.

BARBOSA, L. R.; MELO, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 366-370, 2008.

BEATTIE, M. et al. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. **Systematic Reviews**, London, v. 4, art. 97, p. 1-21, 2015.

BELLUCCI Jr., J. A.; MATSUDA, L. M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 797-806, 2011.

BERNHART, M. H. et al. Patient satisfaction in developing countries. **Social Science & Medicine**, New York, v. 48, no. 8, p. 989-996, 1999.

BETANCUR, M. A. L. et al. Dificultades para la atención em los servicios de urgencias: la espera inhumana. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 28, n. 1, p. 64-73, 2010.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul.-set. 2001.

BITTENCOURT, R. J. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional**. 2010. 152 f. Tese (Doutorado em Ciências: Saúde Pública), Escolas Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 929-934, 2007.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BLANCO-ABRIL, S. et al. Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros. **Enfermería Clínica**, Barcelona, v. 20, n. 1, p. 23-31, 2010.

BLANK, F. S. J. et al. A comparison of patient and nurse expectations regarding nursing care in the emergency department. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 40, no. 4, p. 317-322, 2013.

BRADLEY, V. M. Placing Emergency Department crowding on the decision agenda. **Nursing Economics**, Pitman, v. 23, no. 1, p. 14-24, 2005.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF); 2013a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: 2012.

BUCKLEY, C. A. **Consumer satisfaction with emergency department nursing: a descriptive correlational study**. 2009. 136 f. Dissertation (Master in Nursing) – Victoria University of Wellington, New Zealand, 2009.

CALDANA G. et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 915-922, 2013a.

CALDANA G. et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 34, n. 2, p. 187-194, jul./dez. 2013b.

CARRET, M. L.V. et al. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1069-1079, 2011.

CARRET, M. L.V.; FASSA, A. G.; KAWACHI, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. **BMC Health Services Research**, London, v. 7, art. 131, p. 1-9, 2007.

CENDÓN, C. N.; IGLESIA, M. A. R.; RODRÍGUEZ, E. B. Estudio de la frecuentación a un servicio de urgências extrahospitalario. Motivos de consulta, opinión de los usuarios y posibles soluciones. **Cadernos de Atención Primaria**, Corunha, v. 17, p. 15-18, 2010.

CHASSIN, M. R. et al. Accountability measures: using measurement to promote quality improvement. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 363, no. 7, p. 683-688, 2010.

CHAN, J. N. H.; CHAU, J. Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 50, no. 5, p. 497-507, 2005.

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

CONTRERAS, C. C. T. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 28, n. 2, p. 98-110, 2010.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012.

COTTA, R. M. M. et al. Satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, p. 227-234, 2005.

CRUZ, W. B. S.; MELLEIRO, M. M. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 147-153, 2010.

DAMGHI, N. et al. Patient satisfaction in a Moroccan emergency department. **International Archives of Medicine**, London, v. 6, no. 20, p. 2-8, 2013.

DIAS, O. V.; RAMOS, L. H.; COSTA, S. M. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, v. 1, n. 1, p.11-26, jul./dez., 2010.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, no. 11, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care: how can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 260, no. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, New York, v. 200, no. 4344, p. 856-864, 1978.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, Chicago, v. 18, no. 11, p. 356-360, 1992.

DORIGAN, G. H.; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação do paciente em uma unidade de gastroenterologia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 500-505, 2010.

DORIGAN, G. H.; GUIRARDELLO, E. B. Tradução e adaptação cultural do Newcastle Satisfaction with Nursing Scales para a cultura brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 562-568, 2013.

EKWALL, A. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 39, no. 6, p. 534-538, 2013.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

FEIJÓ, V. B. R. et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 39, n. 106, p. 627-636, 2015.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.213-219, 2005.

FREIRE, A. B. et al. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? **Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 195-200, 2015.

FREITAS, J. S. et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 454-460, 2014.

GABRIEL, C. S. et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, [9 telas], set./out. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GONÇALVES, A. V. F. **Avaliação do acolhimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na perspectiva da pessoa idosa**. 2011. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

GONÇALVES, P. S. et al. Qualidade de serviços públicos de emergências em unidades pré-hospitalares: um estudo exploratório no município de Campos dos Goytacazes. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.3, n. 2, p. 816-831, 2012.

GRAFSTEIN, E. et al. A regional survey to determine factors influencing patient choices in selecting a particular emergency department for care. **Academic Emergency Medicine**, Hoboken, v. 20, no. 1, p. 63-70, 2013.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 31-37, 2013.

GUEDES, H. M. et al. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 1, p. 37-44, 2014.

GUSS, D. A.; LELAND, H.; CASTILLO, E. M. The impact of post-discharge patient call back on patient satisfaction in two academic emergency departments. **The Journal of Emergency Medicine**, New York, v. 44, no. 1, p. 236-241, 2013.

HAIR Jr., J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. São Paulo: Bookman, 2009.

HIDALGO, P. P. et al. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 26, n. 2, p. 159-165, 2012.

HOLLANDA, E. et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p.3343-3352, 2012.

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE. Grupo de Enfermagem. **Relatório de atividades 2014**. Porto Alegre: 2014. 136 p.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Serviço de Emergência**. Porto Alegre, 2016a. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/453/684/>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Serviço de Enfermagem em Emergência**. Porto Alegre, 2016b. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/464/705/>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

INCHAUSPE, J. A. F.; MOURA, G. M. S. S. Aplicabilidade dos resultados da pesquisa de satisfação dos usuários pela Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 177-182, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censos do IBGE de 2000 e 2010 - população por bairros**. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/spm/usu_doc/populacao_por_bairros__nova_tabela-_ibge_2010_ok.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

JACOBS, P. C.; MATOS, E. P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador - Bahia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 348-353, 2005.

JENNINGS, N. et al. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 52, no. 1, p. 421-435, 2015.

JOHANSEN, M. L. Conflicting priorities: emergency nurses' perceived disconnect between patient satisfaction and the delivery of quality patient care. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 40, no. 1, p. 13-19, Jan. 2014.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL [Internet]. **Hospitals**. Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/achieve-hospitals/>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

LEVANDOVSKI, P. F. **Satisfação dos usuários com cuidados de enfermagem em serviço de emergência**. 2013. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

LEVANDOVSKI, P. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Patient satisfaction with nursing care in an emergency service. **Investigación y Educación em Enfermería**, Medellín, v. 33, n. 3, p. 473-481, 2015.

LUNA, B. Seqüência básica na elaboração de protocolos de pesquisa. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 71, n. 6, p. 735-740, 1998.

MACKWAY-JONES, K.; MARDES, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**: classificação de risco na urgência e emergência. Trad. de W. Cordeiro Jr. E A. A. Mafra. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MADEIRA, D. B.; LOUREIRO, G. M.; NORA, E. A. Classificação de risco: perfil do atendimento em um hospital municipal do leste de Minas Gerais. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 3, n. 2, p. 543-553, nov./dez. 2010.

MENDES, A. C. G. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade no atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 157-165, abr./jun. 2009.

MESSINA, G. et al. Factors affecting patient satisfaction with Emergency Department Care: an Italian rural hospital. **Global Journal of Health Science**, Toronto, v. 7, no. 4, p. 30-39, 2015.

MISHIMA, S. M. et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 148-156, 2010.

MORAIS, A. S. **A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência de adultos**: a percepção do usuário. 2009. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MORAIS, A. S.; MELLEIRO, M. M. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 112-120, 2013.

NAHID, K. K. et al. The effective factors on satisfaction from the view point of patients at the emergencywards in Tabriz emam and Sina hospitals, (2010). **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, New York, v. 31, p. 750-755, 2012.

NOVAES, H. M.; PAGANINI; J. M. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde**: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). Washington: Organização Panamericana de Saúde, 1994.

OBSERVA POA. **Zona Sul é a região de Porto Alegre com maior crescimento populacional**. Disponível em: <http://www.observapoa.com.br/default.php?p_secao=6#3>. Acesso em: 09 fev. 2016.

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

OLIVEIRA, L. R.; JORGE, M. H. P. M. Epidemiological analysis of external causes at urgency and emergency services in Cuiabá/Mato Grosso. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 420-430, 2008.

OLIVEIRA; D. A.; GUIMARÃES, J. P. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 25-44, 2013.

OLUWADIYA, K. et al. Patients' satisfaction with emergency care and priorities for change in a university teaching hospital in Nigeria. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 18, n. 4, p.203-209, 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Brasília; 2006 (Coleção 2).

PAIVA, S. M. A.; GOMES, E. L. R. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 973-979, set./out. 2007.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 197-203, 2012.

PILGER, C. et al. Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 3, p.394-402, 2011.

PINHEIRO, F. R. **Implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco no setor de emergência de um hospital público no sul do Brasil**. 2015. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Saúde (UAB)) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. Permanência e desfecho do paciente clínico e cirúrgico no serviço de emergência. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5426-5432, 2013.

RISSER, H. L. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. **Nursing Research**, Hagerstown, v. 24, no. 1, p.45-52, 1975.

ROCHA, E. S. B. TREVISAN, M. A. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, mar./abr. 2009.

ROMERO; V. R. et al. Satisfacción de los pacientes atendidos em el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. **Revista de Calidad Asistencial**, Madrid, v. 26, n. 2, p. 111-122, 2011.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, no. 1, p. 18-26, 2009.

SANTOS, J. A. et al. Análise da qualidade da produção científica referente à satisfação do cliente/paciente. **Investigación y Educación em Enfermería**, Medellín, v. 28, n. 3, p. 405-415, 2010.

SANTOS, J. L. G. et al. Conceptions of nurses on the management of care in an emergency service: descriptive-exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 11, n. 1, p. 100-112, 2012.

SANTOS, J. L. G. et al. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 136-143, 2013.

SANTOS, M. N.; SOARES, O. M. **Urgência e emergência na prática da enfermagem** Porto Alegre: Ed. Moriá, 2014. v. 1.

SCHÄFER, C. **Hospital de Clínicas é o primeiro do Brasil a receber certificação internacional como centro médico.** Disponível em:

<<http://www.sissaude.com.br/sis/inicial.php?case=5&idnot=20318>> Acesso em: 16 de fev. 2016.

SCHMIDT, S. M. S. et al. Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 38, n. 101, p. 305-317, 2014.

SELEGHIM, M. R. et al. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 122-131, jul./set. 2010.

SERBIM, A. K.; GONÇALVES, A. V. F.; PASKULIN, L. M. G. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 55-63, 2013.

SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M.; WAIDMAN, M. A. P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 320-328, 2012.

SIMONS, D. A. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família.** 2008. 160 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

SOUSA, V.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Reibeirão Preto, v. 15, n. 5, 2007.

SUN, B. C. A patient education intervention does not improve satisfaction with emergency care. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 44, no. 4, p.378-383, 2004.

SKYMANSKI, D. M.; HENARD, D. H. Customer satisfaction: a meta-analysis of the empirical evidence. **Journal of the Academy of Marketing Science**, Greenvale, v. 29, no. 1, p. 16-35, 2001.

SMELTZER, S. C. et al. (Ed.) **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 60, no. 1, p. 34-42, 2007.

TURRINI, R. N. T. LEBRÃO; M. L.; CÉSAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n. 2, p. 429-437, 2009.

WAGNER, D.; BEAR, M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis with in a nursing framework. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 65, no. 3, p. 692-701, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients for patient safety**. Geneva, 2015.
Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/> Acesso em: 01 jun. 2015.

WRIGHT, G. et al. Patient satisfaction with nursing care in an urban and suburban emergency department. **The Journal of Nursing Administration**, Hagerstown, v. 43, no. 10, p. 502-508, 2013.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J.; GREMLER D. D. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

APÊNDICE A - LISTA DE PARTICIPANTES DA PESQUISA

Projeto de Pesquisa: Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em serviço de emergência hospitalar na perspectiva dos usuários

Nº	NOME COMPLETO	PRONTUÁRIO	DATA
001			
002			
003			
004			
005			
006			
007			
008			
009			
010			
011			
012			
013			
014			
015			
016			
017			
018			
019			
020			
021			
022			
023			
024			
025			
026			
027			
028			
029			
030			
031			
032			
033			
034			
035			
036			
037			
038			
039			
040			

*Até o número 385.

APÊNDICE B – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Projeto de Pesquisa: Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em serviço de emergência hospitalar na perspectiva dos usuários

Sujeito nº _____. **Número do Prontuário:** _____.

Data: ___/___/___.

(Os próximos dados devem ser anotados pela pesquisadora mediante consulta ao prontuário).

1. TURNO DE INGRESSO DO PARTICIPANTE NO SE:

() Das 24hs às 06:59hs () Das 07hs às 12:59hs () Das 13hs às 18:59hs () Das 19hs às 23:59hs

2. DIA DE INGRESSO DO PARTICIPANTE NO SE:

() DOM () SEG () TER () QUA () QUI () SEX () SÁB

3. TIPO DE ATENDIMENTO: () CLÍNICO () CIRÚRGICO

LEITO: _____

4. DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___.

5. SEXO: () FEM () MASC

6. CIDADE QUE RESIDE: _____

Bairro (se morador de Porto Alegre): _____

7. ESCOLARIDADE:

() ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

() ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO

() ENSINO MÉDIO INCOMPLETO

() ENSINO MÉDIO COMPLETO

() ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO

() ENSINO SUPERIOR COMPLETO

8. TEMPO DE PERMANÊNCIA NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: _____ horas.

9. NÚMERO DE ATENDIMENTOS NESTE SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NO ANO ANTERIOR: _____.

10. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

- () EMERGÊNCIA – CLASSIFICAÇÃO VERMELHA
- () MUITO URGENTE – CLASSIFICAÇÃO LARANJA
- () URGENTE – CLASSIFICAÇÃO AMARELA
- () POUCO URGENTE – CLASSIFICAÇÃO VERDE
- () NÃO URGENTE – CLASSIFICAÇÃO AZUL

11. TEMPO DE ESPERA PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: _____ minutos.

12. FLUXOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

_____.

13. SALAS EM QUE RECEBEU ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA:

- () UNIDADE DE OBSERVAÇÃO VERDE;
- () UNIDADE DE OBSERVAÇÃO LARANJA;
- () UNIDADE INTERMEDIÁRIA;
- () UNIDADE VASCULAR.

14. TEMPO DE PERMANÊNCIA EM CADA SALA:

UNIDADE DE OBSERVAÇÃO VERDE: _____ horas.

UNIDADE DE OBSERVAÇÃO LARANJA: _____ horas.

UNIDADE INTERMEDIÁRIA: _____ horas.

UNIDADE VASCULAR: _____ horas.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em serviço de emergência hospitalar na perspectiva dos usuários

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a qualidade dos cuidados de enfermagem em uma unidade de emergência de adultos. Será respondido um questionário, com duração aproximada de 15 minutos, sobre os cuidados de enfermagem prestados pelos profissionais de enfermagem no período em que você esteve internado no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas.

Será preenchida, também, uma ficha de identificação, com informações obtidas em prontuário. Ao aceitar participar do estudo, você estará concordando com a busca das informações em seu prontuário.

Sua participação é voluntária, sem custo financeiro e você têm a liberdade de se recusar a responder a qualquer pergunta e de não aceitar fazer parte deste estudo, sem que isto acarrete em qualquer prejuízo em seu atendimento.

Sua participação ao responder o questionário pode causar algum desconforto em responder perguntas sobre seu atendimento. Não há nenhum benefício pessoal previsto para os participantes desta pesquisa. Os possíveis benefícios são para a população em médio e longo prazo, pois os resultados do estudo podem contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

Como pesquisadoras, somos responsáveis pela proteção das informações e pela manutenção de todos os dados referentes ao projeto. Em nenhum momento seu nome será citado nos resultados apresentados e será garantido o anonimato das informações recebidas.

Aos participantes desta pesquisa fica garantido o direito de receber resposta a qualquer dúvida sobre os assuntos relacionados ao estudo. Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação na pesquisa. Serão assinadas duas vias deste termo de consentimento, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora.

Se você tiver alguma dúvida poderá fazer contato com as pesquisadoras Maria Alice Dias da Silva Lima e Patrícia Fátima Levandovski através do telefone (051) 3308-5481 ou por e-mail (malice@enf.ufrgs.br/patricia.levandovski@gmail.com) e com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre através do telefone (051) 3359-7640, das 08 às 17 horas, no segundo andar do HCPA (sala 2227), de segunda a sexta-feira.

Declaro ter sido informado das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma.

Nome do participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome da Pesquisadora: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Data: ___ / ___ / ___.

APENDICÊ D – PERMISSÃO DOS AUTORES PARA USO DA ESCALA

24/01/2016

Gmail - Solicitação para utilização de Escala



Patrícia levandovski <patricia.levandovski@gmail.com>

Solicitação para utilização de Escala

melleiro@usp.br <melleiro@usp.br>

5 de abril de 2015 19:37

Para: Patrícia levandovski <patricia.levandovski@gmail.com>

Olá Patrícia,

Fico contente que você tenha se interessado pelo instrumento de coleta de dados, que visa a avaliação de serviços de emergência, elaborado na dissertação do Alexandre.

Você tem nosso aval para empregá-la em sua pesquisa. Peço, apenas, que faça as devidas referências ao trabalho do Alexandre.

Aproveito para informá-la que há um artigo recente na Revista Mineira sobre essa dissertação.

Sucesso no desenvolvimento do seu trabalho!!!

Abraço,

Profa Marta Meleiro
Escola de Enfermagem da USP

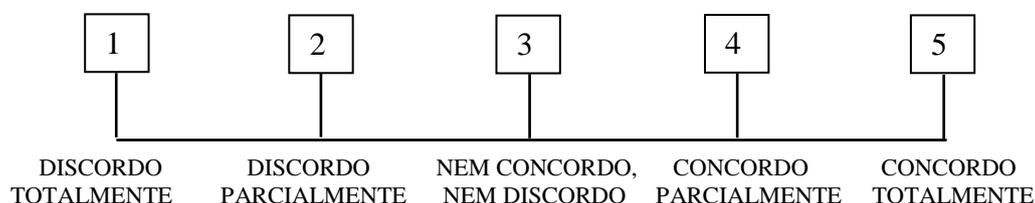
— Patrícia levandovski <patricia.levandovski@gmail.com> escreveu:

- > Prezados Dra. Marta M. Melleiro e Alexandre S. Moraes,
- >
- > Estou escrevendo para manifestar meu interesse no instrumento criado para
- > analisar a qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de
- > emergência a partir da percepção dos usuários.
- >
- > Sou estudante de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- > (UFRGS) e estudo a qualidade do cuidado de enfermagem em serviço de
- > emergência. Minha orientadora e eu ficamos interessadas em utilizar a
- > escala criada por vocês.
- >
- > Gostaria de solicitar a permissão de ambos para a utilização do instrumento
- > em minha dissertação de mestrado. Minha orientadora e eu ficaríamos gratas
- > se vocês estiverem de acordo!
- >
- > Se precisarem de mais informações, estou a disposição para qualquer
- > esclarecimento!
- >
- > Agradeço desde já pela atenção e desejo uma feliz Páscoa!
- >
- > Atenciosamente,
- >
- > Patrícia Fátima Levandovski
- > Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO “PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DE ADULTOS” (MORAIS, 2009).

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Este questionário contém uma série de frases referentes à assistência prestada pelos profissionais de enfermagem durante sua permanência na Unidade de Emergência, com as seguintes probabilidades de resposta:



Ao final da leitura de cada frase, assinale com um X no espaço correspondente à alternativa escolhida conforme o grau de concordância com a afirmação.

Exemplo: A ÁGUA DO MAR É SALGADA.

Caso você discorde totalmente dessa frase, assinale o número 1.

Caso você mais discorde do que concorde com essa frase, assinale o número 2.

Caso você não concorde nem discorde dessa frase, assinale o número 3.

Caso você mais concorde do que discorde dessa frase, assinale o número 4.

Caso você concorde totalmente com a frase, assinale o número 5.

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO “PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DE ADULTOS” (MORAIS, 2009).

Por favor, dê sua opinião sincera para cada afirmação nesta lista respondendo com uma das cinco opções da folha de respostas que descreva o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem durante sua permanência na unidade de emergência:

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO PARCIAL- MENTE	NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	CONCORDO PARCIAL- MENTE	CONCORDO TOTALMENTE
1. O local onde fui atendido era confortável.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
2. Fui tratado com respeito pela equipe de enfermagem.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
3. Os cuidados prestados pela equipe de enfermagem foram humanizados.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
4. O estado de conservação da unidade era precário.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
5. A equipe de enfermagem que me atendeu prestava os cuidados com segurança.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
6. A equipe de enfermagem cometeu erros ao prestar os cuidados.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
7. Faltaram equipamentos para meu atendimento.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
8. Os procedimentos eram realizados corretamente pela equipe de enfermagem.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
9. A equipe de enfermagem explicou os motivos pelos quais não podia atender-me de imediato.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
10. Os banheiros não eram limpos.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
11. Os profissionais da enfermagem que me atenderam chamavam-me pelo nome.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO PARCIAL- MENTE	NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	CONCORDO PARCIAL- MENTE	CONCORDO TOTALMENTE
12. Não fui informado sobre os serviços existentes que poderiam dar continuidade ao meu atendimento.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
13. Faltaram roupas para o meu atendimento.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
14. Esperei muito tempo pelo atendimento de enfermagem quando cheguei à unidade.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
15. Observei melhora de minha saúde com os cuidados realizados pela equipe de enfermagem.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
16. Os profissionais de enfermagem eram capacitados.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
17. A enfermagem foi clara ao informar sobre meu problema de saúde.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
18. A equipe de enfermagem considerou minha opinião durante o tratamento.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
19. Faltaram profissionais de enfermagem para o meu atendimento.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
20. A equipe de enfermagem realizava os exames prontamente.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
21. Em nenhum momento fui questionado se estava satisfeito com o atendimento.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
22. Foi fácil chegar a unidade de emergência.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
23. Os profissionais de enfermagem não se apresentavam antes de prestar os cuidados.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO PARCIAL- MENTE	NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	CONCORDO PARCIAL- MENTE	CONCORDO TOTALMENTE
24. O local onde fiquei não permitiu minha privacidade.	1	2	3	4	5
25. A equipe de enfermagem não explicou os procedimentos que realizou.	1	2	3	4	5
26. A equipe de enfermagem ajudou-me a compreender meu estado de saúde.	1	2	3	4	5
27. Percebi que havia placas de sinalização indicando os setores da unidade de emergência.	1	2	3	4	5
28. A enfermagem explicou os critérios de classificação por cores para o atendimento na unidade.	1	2	3	4	5
29. Percebi que os usuários em situação grave eram atendidos com rapidez.	1	2	3	4	5
30. Não permitiram que meu acompanhante permanecesse ao meu lado.	1	2	3	4	5
31. A unidade dispunha de todos os medicamentos que necessitei.	1	2	3	4	5
32. O profissional da enfermagem não utilizou luvas ao prestar os cuidados.	1	2	3	4	5
33. O tratamento que recebi pela equipe de enfermagem possibilitou uma rápida melhora do meu estado de saúde.	1	2	3	4	5

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 150430

Data da Versão do Projeto: 14/09/2015

Pesquisadores:

MARIA ALICE DIAS DA S LIMA

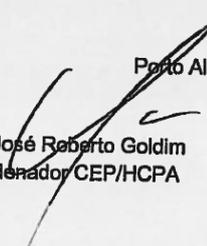
PATRICIA FATIMA LEVANDOVSKI

Título: Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em serviço de emergência hospitalar na perspectiva dos usuários

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 03 de novembro de 2015.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA

ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em serviço de emergência hospitalar na perspectiva dos usuários	Cadastro no GPPG
---	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 07 de junho de 2015.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Maria Alice Dias da Silva Lima	<i>M. Alice Lima</i>
Patrícia Fátima Levandovski	<i>Patrícia F. Levandovski</i>